16883

K 94 -1

PROGRAMA

DE

UN CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO

DE OBSTETRICIA

Y ENFERMEDADES DE LAS MUJERES Y DE LOS NIÑOS.

K 945 -1

BIBLIOTECA PÚBLICA CADIZ

5-XIX
4544

REG. EN 26 MAY 1918
REG. CON Nº [illegible]

PROGRAMA

DE

UN CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO

DE OBSTETRICIA

Y ENFERMEDADES DE LAS MUJERES Y DE LOS NIÑOS,

POR EL DOCTOR

D. CAYETANO DEL TORO Y QUARTIELLERS.

BIBLIOTECA PÚBLICA
CÁDIZ

TOMO I.

CÁDIZ: 1874.

TIP. LA MERCANTIL,
DE D. J. R. Y RODRIGUEZ,
Sacramento, 39.

PRÓLOGO.

Si en la época en que poseemos en obstetricia y ginecología las obras de Velpeau, Dubois, Moreau, Chaylli-Honoré, Cazeaux, Mattei, Fabre, Scanzoni, West, Churchill y tantas otras, y en patología especial de los niños las de Hue, Rilliet y Barthez, Vogel, Bouchut etc., etc., conocidas todas ellas y en manos de los estudiantes y de los profesores, pretendiese yo escribir un tratado rivalizando con cualquiera de aquellas, mi pensamiento seria calificado, y á todas luces con razon, de una insigne locura.

Léjos, pues, de mí semejante idea, solo abrigo la de compendiar y reducir á un pequeño volúmen todo lo más notable que sobre las dos especialidades dichas se ha escrito hasta el presente en obras y en periódicos, formando así un tratado que por sus condiciones esté al alcance de todos y pueda servir á los alumnos de medicina para seguir los dos cursos, teórico y práctico, de obstetricia y enfermedades de las mujeres y de los niños y á los profesores como recordatorio de cuanto ya saben.

Si consigo llenar siquiera uno de los dos objetos expresados, se verán completamente satisfechos mis deseos.

Cádiz y Octubre 20 de 1874.

AL EXCMO. SR. D. FRANCISCO MENDEZ ALVARO.

En circunstancias un tanto críticas para mí, y cuando tenia resuelto abandonar de una manera absoluta todo trabajo científico, la amiga voz de V. E. reanimó mi abatido espíritu y derramó el bálsamo del consuelo en mi apenado corazon, obligándome á desistir de mi propósito.

El recuerdo de este hecho que tanto enaltece á V. E., y mi inmensa gratitud por él, son las dos cosas que significa esta dedicatoria que le ruego acepte, dispensándome en ello un nuevo favor

Su apasionado amigo y S. S. Q. B. S. M.,

Cayetano del Toro.

Cádiz y Setiembre 30 de 1875.

INTRODUCCION.

Propter uterum solum mulier est id quod est. Este aforismo ha pasado á la categoría de axioma entre los que se dedican á la patología especial de la mujer, y sin embargo nada más falso, nada que ménos defensa admita.

El útero no es siquiera el órgano esencial del aparato sexual femenino, y su papel en lo tocante á las funciones de la generacion es muy pasivo y, tal vez no vaya muy equivocado al asegurar que, muy secundario. El órgano principal de dicho aparato es el ovario; él es el encargado de suministrar el óvulo que fecundado ha de producir luego el nuevo ser; él es tambien el que ocasionando las pérdidas mensuales, suministra las señales inequívocas de la aptitud genésica de la mujer. El útero por su parte, simple órgano de depósito del aparato completo de secrecion que constituye el organismo sexual femenino, limítase tan solo á recibir el óvulo fecundado, á mantenerle en su interior durante un período determinado y á ser luego la causa eficiente principal de su expulsion, cuando por el desarrollo que ha adquirido se encuentra en condiciones de resistir á los agentes exteriores. Estráiganse los ovarios á una mujer y dígase á qué queda reducida esa pretendida autocracia del útero.

Pero áun interpretando el aforismo dicho, no en su sentido literal, sino en el figurado que se le asigna generalmente por los que tanta importancia le han dado, vea-

mos si el aparato sexual entero ejerce en la mujer tan extraordinaria influencia como se ha pretendido.

Esa influencia podria depender, ó directamente de algunas condiciones especiales de su organizacion y de grandes relaciones vasculares y nerviosas, ó de un modo indirecto, de las perturbaciones que su desarrollo pudiera producir en otros órganos. Con pocas palabras nos convenceremos de la inexactitud de uno y otro de ambos extremos.

El ovario es simplemente un órgano glandular, ó, como quiere Robin, un parénquima no glandular secretor de elementos anatómicos; su volúmen es el de una almendra; su peso de 6 á 8 gramos; recibe la sangre de la arteria útero-ovárica y los nervios del plexo del mismo nombre. Las trompas son dos conductos músculo-membranosos, cuyos vasos y nervios tienen igual orígen. El útero es un órgano muscular, cuyas dimensiones tambien son pequeñas, aunque es susceptible de adquirir gran desarrollo, y sus arterias son las uterinas y útero-ováricas, teniendo nervios en muy corto número, procedentes del plexo y ganglio hipogástricos y algunos de los renales y mesentérico inferior. En cuanto á la vagina, es el conducto escretor del aparato á que nos referimos, y su importancia, por lo tanto, casi nula.

Ahora bien; antes de la edad nubil, esos órganos completamente dormidos, no dan como tales la más mínima señal de su existencia, y al desarrollarse en ellos su aptitud funcional, ni su crecimiento es considerable, ni adquieren nuevas relaciones vasculares ó nerviosas, ni las que tenian son como hemos visto, de importancia alguna, ni bastan por tanto para concederle esa pretendida influencia que tan gratuitamente se le ha asignado.

¿Se ha dado ni con mucho la importancia que al útero

á tantos otros órganos que sin duda alguna la tienen infinitamente mayor? ¿El estómago, por ejemplo, no es el verdadero centro de la vida de nutricion, no tiene en su vecindad el plexo más considerable del sistema nervioso de esa vida, no termina en él el cordon esofágico, grueso tronco nervioso que le envia el encéfalo para demostrar la union ó el enlace que existen entre las dos vidas y entre los dos sistemas nerviosos que respectivamente las presiden? Es verdad que el estómago no es exclusivo á este ó el otro sexo, ni áun siquiera á la especie humana, ¿pero quema por ventura ante el ara del estómago la fisiología comparada, la millonésima parte del incienso que la fisiología humana pretende quemar ante el altar dél útero? Y por otra parte, ¿á qué viene ensalzar tanto en la mujer un órgano á quien en las hembras de los demás mamíferos no se considera en lo más mínimo?

Si se dijera que en el estado grávido del útero adquiria éste una considerable preponderancia, nada tendriamos que objetar, porque esa preponderancia es cierta, como es cierta la que ejerce el estómago durante la digestion, el cerebro en las tareas de bufete, diferenciándose aquella funcion de estas en su duracion, que es infinitamente mayor, y en que para llevarla á cabo se necesita del concurso de más numerosas fuerzas por parte del organismo.

No imprime, pues, carácter, no es un autócrata el útero en la mujer, no es su principal centro nervioso, pues ninguna de estas condiciones tiene.

Pero no vaya á creerse que para nosotros hay solo diferencias de detalle, digámoslo así, entre los dos sexos y que aseguremos que en lo único que se distinguen es en que la mujer tiene colocados hácia adentro los órganos que el hombre hácia afuera; para nosotros la distincion

es mucho más profunda, más radical que para los sostenedores de las ideas que combatimos. La organizacion de la mujer la creemos muy distinta de la del hombre: en su talla menor, sus formas más redondeadas, sus huesos más frágiles y con sus eminencias ménos marcadas, su sistema muscular ménos desarrollado, su tegido grasiento mucho más abundante, más estrechos sus vasos, ménos rica su sangre, más sensibles sus nervios, más brillante aunque ménos profunda su inteligencia, más impresionable, con ménos fijeza en sus determinaciones. . . . .

. . . . . .

encontramos caractéres suficientes para distinguirla, sin apelar al útero ni conceder á este órgano un autocratismo que existe en el organismo entero. Sustituyamos, pues, el aforismo de que nos venimos ocupando con el de *quamvis sine utero mulier esset id quod est.*

He considerado útil la exposicion de estas ideas, porque de ellas he de hacer frecuentes aplicaciones al tratar de la patología especial de la mujer.

Pero al lado de la mujer, sobre cuya manera de considerarla quedan indicadas mis opiniones, debo ocuparme en este trabajo del niño considerado patológicamente, y al hacerlo, necesario es exponer los motivos que han inducido á los médicos á hacer de la patología de ese ser una patología especial.

El tiempo que trascurre desde el nacimiento hasta el fin del primer año, constituye, segun Hufeland, la segunda mitad de una creacion comenzada en el claustro materno á la impregnacion del óvulo. En efecto, durante este período de la vida son innumerables, y áun algunas prodigiosas, las modificaciones que sufre su organismo. En el momento de nacer se cambia completamente su nutricion, y dejando esta de verificarse por el intermedio

de la vena umbilical y de la absorcion tegumentaria, empiezan á funcionar multitud de órganos hasta entónces dormidos. Establécense la digestion estomacal y la intestinal con los diversos actos que las componen; la esencia, digámoslo así, de los alimentos, mézclase con la sangre, que no solo varia su circulacion, sino tambien la manera de depurarse; y en perfecto descanso los pulmones, empiezan con el nacimiento á gozar de una actividad que solo ha de concluir con la muerte. Hijas de estas modificaciones son otras que tienen lugar en los órganos que servian antes para el desarrollo y conservacion del individuo y que entrando en completa inactividad ó cambiándose su funcion, terminan por atrofiarse y áun desaparecer los unos y por adquirir nueva organizacion ó destino los otros. Dedúcese de aquí necesariamente, que al distinto modo de estar fisiológico del niño, con respecto al adulto, debe acompañarle un diverso modo de estar patológico, y por lo tanto, la creacion de una patología especial es natural y lógica.

El dominio de esta patología, por razones análogas, debe estenderse hasta aquella época de la vida en que completo, aunque no perfecto el desarrollo de todos los órganos, siguen ya todos la marcha que ha de llevarlos al cumplimiento del destino que les estaba trazado.

Rigorosamente hablando, los límites de la especialidad de que vamos á ocuparnos, ni están marcados por la naturaleza, ni trazados por el arte. Durante lo que se ha llamado vida sexual de la mujer, puede padecer ésta y padece unas enfermedades especiales, pero tambien otras en cuya produccion, desarrollo ó marcha, no ejerce la más mínima influencia el aparato reproductor, así como en los niños pueden existir y existen numerosas afecciones totalmente independientes de las modificaciones que

en la primera infancia sufre todo su organismo, y de aquí nace que al indicar los dichos límites cada autor, los extiende ó los restringe á medida de su deseo. Por mi parte creo haber encontrado un medio de llevar con poco riesgo mi nave entre Scila y Caribdis, y este medio consiste en ocuparme primero de todo cuanto hay especial, especialísimo en la patología de la mujer y del niño (incluyendo en la patología de la primera todo lo referente á el parto, que si bien es un acto fisiológico, conviértese con mucha facilidad en un estado patológico y á menudo es la principal, si no la única causa, de multitud de enfermedades de gravedad), destinando luego una seccion aparte á tratar de un modo general de la notable influencia que el sexo ó la edad ejercen sobre otras afecciones.

Tambien para mayor claridad dedicaré algunos párrafos á la anatomía y fisiología especial de la mujer y del niño.

Estará, pues, dividido este trabajo en dos partes, una que tratará de la mujer y otra del niño. La primera se dividirá en seis secciones y la segunda en otras seis en esta forma:

PARTE PRIMERA.

De la mujer fisio-patológicamente considerada.

Seccion 1.ª Anatomía y fisiología del aparato generador de la mujer.
» 2.ª Enfermedades propias de la edad nubil é independientes de la gestacion y del parto.
» 3.ª Enfermedades concomitantes del estado de preñez y de sus consecuencias.

SECCION 4.ª Enfermedades especiales del sexo, independientes de la gestacion y de la edad nubil.
» 5.ª Enfermedades propias de la menopausia.
» 6.ª Influencia que el sexo ejerce sobre ciertas y determinadas enfermedades.

PARTE SEGUNDA.

Patología del niño.

SECCION 1.ª Anatomía y fisiología.
» 2.ª Enfermedades hereditarias ó contraidas en el claustro materno.
» 3.ª Enfermedades contraidas al nacer ó que pueden ser consecuencia del nacimiento.
» 4.ª Enfermedades especiales de la infancia que atacan uno ó varios sistemas generales de la economía.
» 5.ª Enfermedades especiales que invaden á determinados órganos ó aparatos.
» 6.ª Influencia de la edad sobre las enfermedades.

Cádiz y Octubre 1874.—DR. CAYETANO DEL TORO.

PARTE PRIMERA.

SECCION 1.ª

LECCION I.

Breve resúmen de la anatomía de los órganos generadores de la mujer.—Partes óseas.—Descripcion de los huesos de la pélvis.

Los órganos generadores de la mujer se dividen en dos aparatos principales situados á gran distancia uno de otro, pero con estrechos lazos de simpatía. Estos dos aparatos son el generador, propiamente dicho, y el de la secrecion de la leche ó de la lactancia.

El aparato generador, propiamente dicho, es un aparato completo de secrecion, que como tal consta: 1.°, de un órgano secretor (ovario); 2.°, de conductos que llevan el producto segregado á un órgano de depósito (trompa de Falopio); 3.°, de un reservorio destinado á contener más ó ménos tiempo el producto segregado y áun á que sufra en él cierta elaboracion ó ciertas metamórfosis (útero), y 4.°, de un conducto escretor (vagina). En el aparato de que tratamos, el órgano glandular es doble, como dobles son los conductos que desde este van al órgano de depósito, el cual, así como el conducto escretor, son únicos.

Pero en el estudio de los órganos generadores de la mujer, no merecen solo nuestra atencion las partes blandas, exígenla tambien de una manera poderosa las partes duras ú óseas que circundan á aquellas y que hasta cierto punto les sirven como de esqueleto. Estas partes óseas constituyen la pelvis, compuesta de cuatro huesos, á saber: dos inominados que forman las partes anterior y laterales de aquella y un sacro y un coccix, que éste debajo de aquel, se hallan ambos en la parte posterior.

Debemos recordar algunas particularidades de estos huesos, considerados, ya aislados, ya en sus distintas articulaciones ya con las partes blandas que á estas articulaciones concurren.

DE LOS HUESOS DE LA PELVIS EN PARTICULAR.

A.—INOMINADO.

El hueso coxal ó inominado está situado en la parte lateral y anterior de la pélvis. Es par y simétrico entre sí, tiene una figura cuadrilonga y se halla como estrangulado hácia su parte media y torcido de manera que la porcion superior mira hácia afuera y atrás y la inferior adentro y adelante. Se le consideran dos caras, externa é interna, y cuatro bordes, superior, inferior, anterior y posterior.

La cara externa mira hácia afuera en su mitad superior y adelante en la inferior, y presenta en su parte media inferior una cavidad considerable, destinada á recibir la cabeza del femur, que se llama la cavidad cotiloidea del

hueso inominado. Esta cavidad es bastante profunda, aumentándose la profundidad en el estado fresco con el fibro-cartílago que se inserta en su borde y es el rodete cotiloideo. En este borde ó márgen *(márgen cotiloideo)* hay tres escotaduras; una superior y otra posterior (ambas poco marcadas), y la tercera inferior que lo es mucho, la cual está convertida en el estado fresco por un ligamento en agujero, por el que entran y salen en la articulacion los vasos. El fondo de la cavidad cotiloidea, liso en la mayor parte de su extension, deja de serlo en la parte inferior, donde es rugosa y áspera y da insercion á la extremidad interna del ligamento redondo del fémur. La parte del hueso situada por cima de esta cavidad se llama fosa ilíaca externa, y es cóncava de arriba abajo y convexa trasversalmente: presenta dos líneas salientes, una posterior, que se extiende desde la parte superior de la escotadura ciática hasta la parte media del borde superior del hueso; la otra línea es anterior y viene desde la misma escotadura ciática por debajo de la precedente, hasta el tercio anterior del borde superior, pero describiendo una curva de convexidad antero-inferior. La parte de la fosa ilíaca externa comprendida por cima de la línea posterior, presta radicacion al músculo glúteo mayor; en el espacio comprendido entre las dos líneas se inserta el glúteo medio, y en el situado por debajo de la anterior el glúteo menor. Inmediamente por cima de la cavidad cotiloidea, se encuentra hácia delante una sinuosidad *(sinuosidad cotiloidea)* para la insercion y deslizamiento del tendon reflejo de la porcion media del triceps crural. Detrás de la cavidad tantas veces repetida, hay una superficie convexa, y por debajo y hácia delante un agujero *(agujero sub-púbico)* que es triangular, y en su parte superior hay un canal que aloja á los vasos y nervios obtura-

dores, dando insercion el borde cortante de ese agujero á la membrana obturatriz y el labio externo al músculo obturador externo, así como el labio interno al obturador interno: hácia dentro y delante de este agujero hay una superficie cuadrangular *(cuerpo del púbis)* que da insercion al músculo segundo adductor y al recto interno, y hácia abajo y atrás hay otra superficie prolongada *(cuerpo y rama del cion)* donde se inserta el adductor mayor.

La cara interna del hueso inominado está dividida en dos porciones por una línea trasversal, que con la del congénere y otra que veremos en el sacro, circunscribe el estrecho superior de la pélvis. La porcion situada por cima de esta línea es cóncava y mira hácia delante y adentro, habiendo recibido el nombre de fosa ilíaca interna y hallándose rellena por el músculo ilíaco, presentando en toda su extension los orificios de los tres agujeros nutricios del hueso. En esa línea se inserta el músculo relevador del ano, y la parte situada por bajo de ella es casi plana, mira hácia atrás y presenta el orificio interno del agujero obturador ó sub-púbico, del que ya he hablado, encontrándose de notable en esta porcion de esta cara: 1.°, una superficie plana cuadrilátera *(cuadrilátero de Brunns)* que corresponde al fondo de la cavidad cotiloidea y está cubierta por el músculo obturador interno, y además la cara interna del cuerpo y ramas del ísquion y púbis.

El borde superior tiene la figura de una S itálica y da insercion en su labio externo al músculo dorsal mayor, al oblícuo mayor y á los glúteos mayor y medio; en el intersticio al oblícuo menor por delante, y por detrás al cuadrado de los lomos; y en el labio interno al trasverso del abdómen y á los psoas é ilíaco. En la parte más pos-

terior de este borde *(tuberosidad ilíaca)* se radican el trasversal espinoso y el sacro-lumbar.

El borde inferior tiene una superficie articular (la más próxima al borde anterior) que forma con la del compañero la sínfisis púbica, y en el resto da atadura por el lábio anterior á los músculos recto interno y obturador externo, á la raiz del cuerpo cavernoso del clítoris, y á la aponéurosis inferior del periné; por el intersticio al adductor mayor y por el labio posterior al obturador interno.

El borde anterior presenta de arriba abajo: 1.°, la espina ilíaca anterior superior, en la que se insertan por fuera el músculo tensor de la aponéurosis fascia-lata, por el intersticio el músculo sartorio y el arco crural ó ligamento de Falopio, y por el labio interno el músculo ilíaco; 2.°, una escotadura por donde pasa el nervio fémoro-cutáneo; 3.°, la espina ilíaca anterior inferior en la que se radica el recto anterior del muslo; 4.°, un canal por donde se desliza el músculo psoas-ilíaco; 5.°, la eminencia ileo-pectínea en donde se fija el músculo psoas menor cuando existe; 6.°, la cresta del púbis que forma parte de la línea que circunscribe el estrecho superior y da insercion al ligamento de Cooper, al de Gimbernat y al músculo pectíneo; 7.°, la espina del púbis, donde se radican el pilar externo del conducto inguinal, el arco crural, el ligamento de Gimbernat y los músculos piramidal, recto anterior del abdómen y primer adductor; 8.°, el ángulo del púbis.

El borde posterior presenta: 1.°, la espina ilíaca posterior superior; 2.°, una série de rugosidades que constituyen la tuberosidad ilíaca, por dentro y delante de la cual hay una carita articular rugosa que se articula con otra del sacro y es la cara auricular del hueso inominado, llamada así por tener la figura de una oreja humana;

3.°, una pequeña escotadura; 4.°, la espina ilíaca posterior inferior; 5.°, una escotadura considerable, que es la escotadura ciática mayor, convertida en agujero por un ligamento en el estado fresco: dá paso al músculo piramidal, y por cima de éste, á los nervios y vasos glúteos y al nervio ciático mayor, y por bajo de él á los vasos ciáticos y los pudendos internos; 6.°, la espina ciática, que por su labio externo da atadura al músculo gemelo superior, por su intersticio al ligamento sacro-ciático menor y por el labio interno á los músculos relevador del ano y cio-coccígeo; 7.°, la escotadura ciática menor, por la que pasa el tendon del obturador interno y los vasos y nervios pudendos; 8.°, la tuberosidad ciática, en cuya parte posterior se radican los músculos semi-membranoso, la larga porcion del biceps, el semitendinoso y el gemelo superior; por su parte interna el trasversal del periné; por fuera el adductor mayor y el cuadrado del muslo, y por su parte superior al ligamento sacro-ciático mayor y los dos músculos gemelos superior é inferior.

B.—SACRO.

El sacro es un hueso impar y simétrico en sí, de figura triangular, situado en la parte inferior de la columna vertebral y en la posterior de la pélvis. Parece formado por la union de cinco vértebras. Se le consideran una cara anterior, otra posterior, dos bordes laterales, una base y una punta.

La cara anterior es cóncava de arriba abajo y convexa trasversalmente. Se observan en ella: 1.° cuatro líneas salientes trasversales y paralelas, que parecen indicar el punto de union de las vértebras que constituyen el hueso;

2.°, cinco superficies casi planas situadas entre estas líneas y que representan la cara anterior del cuerpo de las vértebras dichas; 3.°, en las partes laterales y donde concluyen las líneas indicadas, cuatro agujeros cuyo tamaño disminuye de arriba abajo, los que hacen las veces de los agujeros de conjuncion de la columna vertebral y dan paso á las ramas anteriores de los cuatro primeros pares de nervios sacros; 4.°, en la parte de estos agujeros que corresponde á la línea media, hay otros tantos canales que alojan á los nervios dichos.

La cara posterior es convexa y presenta: 1.°, en su parte media la cresta sacra formada por la reunion de las cinco apófisis espinosas de las cinco vértebras sacras; 2.°, debajo de la cresta, el orificio inferior del conducto sacro; 3.°, á los lados de la cresta, los dos canales vertebrales ó canales sacros; 4.°, más afuera, los orificios posteriores de los cuatro agujeros sacros; 5.°, aún más afuera, cinco tubérculos representantes de las apófisis trasversas de las vértebras.

Los bordes laterales son bastantes gruesos en su parte superior, en la que presentan una superficie articular de figura de oreja humana (que se articula con la semejante del inominado) y unas rugosidades detrás de esa superficie que dan insercion á ligamentos. La porcion inferior de estos bordes es delgada y da radicacion al ligamento sacro-ciático mayor.

La base tiene: 1.°, en su parte media una superficie rugosa que es la cara superior del cuerpo de la primera vértebra sacra, cuya articulacion con la última vértebra lumbar constituye el ángulo sacro-vertebral ó *promonctorium*; 2.°, detrás de esa cara, el orificio superior del conducto sacro, continuacion del conducto vertebral; 3.°, más posteriormente el principio de la cresta sacra;

4.°, á los lados de las partes dichas el principio del canal sacro; 5.°, la escotadura superior de la primera vértebra sacra que en union con la escotadura inferior de la última vértebra lumbar forma el vigésimo quinto agujero de conjuncion; 6.°, una superficie articular semejante á las caritas articulares de las vértebras; 7.°, una superficie triangular que forma parte de la pélvis mayor.

La punta ofrece: 1.°, una cara articular, oval trasversalmente, que se articula con el cóccix; 2.°, á cada lado de esta un tubérculo *(astas del sacro)* que se articula con otro del cóccix *(astas del cóccix)*.

Este hueso es más corto en la mujer que en el hombre.

C.—CÓCCIX.

Está situado en la extremidad inferior del sacro; es pequeño, de figura triangular, con la base arriba, y parece formado por cuatro vértebras rudimentarias. Presenta dos caras, anterior y posterior, dos bordes laterales, base y punta. La cara anterior es casi plana, y ofrece: 1.°, tres líneas trasversales salientes; 2.°, cuatro superficies planas comprendidas entre estas líneas.

La cara posterior es convexa, rugosa y da insercion á fibras del músculo glúteo mayor.

Los bordes son rugosos y se insertan en ellos los ligamentos sacro-ciáticos y el músculo cio-coccígeo.

La base presenta una cara oblonga trasversalmente y las dos astas en correspondencia con las que hemos descrito en el vértice del sacro.

La punta es tuberculosa y da insercion á una cinta fibrosa que se extiende hasta el ano, en la que se radica el músculo esfínter del ano.

Este hueso tiene generalmente una movilidad manifiesta en las mujeres preñadas, y puede por lo tanto contribuir, dirigiéndose hácia atrás, á ampliar el diámetro antero-posterior del estrecho inferior de la pélvis, así como á disminuirlo si se viene hácia adelante.

LECCION II.

Articulaciones de los huesos de la pélvis.—Pélvis en general, sus ejes y diámetros.

A.—ARTICULACIONES.

Las articulaciones de los huesos de la pélvis son cinco, á saber: la de los dos púbis entre sí, la de cada inominado con el sacro, la del sacro con el cóccix y la del sacro con la columna vertebral.

Articulacion de los púbis ó sínfisis púbica.—Entre los dos huesos púbis hay una sustancia fibro-cartilaginosa *(ligamento interpúbico)* que es cuneiforme con la base hácia adelante. Existen además un ligamento *púbico superior* que se extiende de una á otra espina del púbis; otro *púbico inferior*, que ocupa el ángulo entrante formado por las ramas descendentes de los púbis; otro *púbico anterior*, formado de fibras entrecruzadas por delante del púbis, y otro *púbico posterior*, situado por detrás del ligamento inter-púbico. Velpeau considera á los ligamentos púbicos anterior y posterior como prolongaciones del periósto.

Articulacion sacro-ilíaca.—Las superficies articulares, de figura de oreja humana, están revestidas de un cartílago diartrodial más grueso y rugoso en la parte correspondiente al sacro que en la del inominado, en el que Velpeau lo niega. Los ligamentos que la sostienen son: uno *sacro-ilíaco superior*, extendido desde la base del sacro al borde superior del íleon; otro *anterior*, que se fija en toda la cara anterior del sacro y en la parte correspondiente del inominado; otro *posterior*, que viene desde una espina ilíaca posterior superior al tubérculo de la tercera vértebra sacra; cuatro ó cinco *ligamentos trasversos posteriores* (en cada lado) que desde el íleon van á fijarse en los intervalos de los agujeros sacros, y por último, un *ligamento inter-articular*, formado de fibras cortas muy fuertes. Velpeau dice que el ligamento sacro-ilíaco anterior no existe, sino que es una lámina del perióstio.

En la puérpera se nota perfectamente una membrana sinovial que existe en esta articulacion.

Hay además entre el sacro y los inominados dos ligamentos en cada lado que son los *sacro-ciáticos mayor* y *menor*, los cuales se extienden desde el borde cortante del sacro (el segundo delante del primero) y la parte vecina del inominado, hasta la tuberosidad ciática el mayor y hasta la espina ciática el menor. Estos dos ligamentos convierten en agujeros las dos escotaduras ciáticas, de cuyos agujeros, el superior ó mayor da paso al nervio ciático mayor, á los vasos y nervios glúteos, ciáticos y pudendos internos y al músculo cio-coccígeo, y por el agujero ciático menor pasan los vasos y nervios pudendos internos y el músculo obturador interno.

Articulacion del sacro con el cóccix.—Hay en ella un anillo ó *disco fibro-cartilaginoso* análogo á los discos in-

tervertebrales, y que se encuentra entre la base del cóccix y la punta del sacro. Además existen un ligamento *sacro-coccígeo anterior* y otro *posterior*, prolongacion éste del ligamento supra-espinoso de las vértebras. La articulacion del cóccix es muy movible en la inmensa mayoría de casos.

Articulacion sacro vertebral.—El ángulo saliente hácia adelante que forma la articulacion del sacro con la última vértebra lumbar, ha sido llamado ángulo sacro-vertebral ó promontorio. En esta articulacion hay los mismos medios de union que en las de la columna vertebral, y además un ligamento *íleo-lumbar*, que se extiende desde la apófisis trasversa de la última vértebra lumbar á la extremidad posterior del tercio medio de la cresta ilíaca.

En la pélvis hay además la membrana obturatriz, inserta como hemos dicho en el borde cortante del agujero sub-púbico, y el ligamento de Falopio, que viene desde la espina ilíaca anterior superior á la espina del púbis.

B.—DE LA PÉLVIS EN GENERAL.

La reunion de los huesos que he descrito, con las articulaciones de que se ha hablado, constituyen la pélvis, cavidad muy irregular, cuya figura se ha comparado á la de una vacía de barbero, en la que se considera una superficie externa y otra interna, una circunferencia superior y otra inferior.

Superficie externa.—Se la considera dividida en cuatro regiones; una anterior limitada á ambos lados por las cavidades cotiloideas, otra posterior cuyos límites laterales son los bordes posteriores de los inominados, y dos regiones laterales comprendidas entre las anteriores. Cada una de estas regiones ofrece las particularidades que ya

se han descrito al hablar de los huesos y de las articulaciones de la pélvis y que por lo mismo excuso repetir.

Superficie interna.—Está dividida en dos partes por una línea circular muy distinta, de la que se habló al describir los huesos; esta línea forma una especie de cintura que se llama estrecho superior, tomando el nombre la parte que está por cima de pélvis mayor, superior ó abdominal y la que está por debajo el de pélvis menor, inferior ó escavacion pélvica.

La pélvis mayor forma parte del vientre: se encuentra escotada considerablemente hácia la parte anterior donde llenan esta escotadura la parte inferior de los músculos abdominales, y tiene otra escotadura posterior para recibir la extremidad inferior del ráquis. Las partes laterales las constituyen las dos fosas ilíacas internas, y en esta pélvis abdominal se alojan el intestino ciego al lado derecho; la S ilíaca del cólon á la izquierda, y en ambos lados y en el centro varias asas de intestino delgado. En el estado de embarazo se halla tambien ocupada por la vejiga de la orina y una porcion mayor ó menor del útero.

La línea que dije dividia en dos partes la cara interna del hueso coxal, llega en éste hasta la espina del púbis y se continúa por detrás con otra línea que se observa hácia la base del sacro. Esta línea circular que forma una especie de cintura, es el *estrecho superior* y la parte de la pélvis situada por debajo es la pélvis menor ó escavacion pélvica que en su parte inferior vuelve á estrecharse despues de haberse ensanchado en su parte media, y esta nueva estrechez formada por una línea que la constituyen, de delante hácia los lados, el ligamento inferior del púbis, la porcion descendente de este hueso y la ascendente del cion, los ligamentos sacro-ciáticos y el cóccix, se llama estrecho inferior.

La pélvis menor tiene tambien cuatro regiones; la anterior constituida por la cara posterior de la sínfisis púbica, la cara posterior de los púbis y rama cio-púbica y la membrana obturatriz; la posterior, formada por las caras anteriores del sacro y cóccix y por el orígen de los ligamentos sacro-ciáticos; y dos laterales, que las forman el resto de la cara anterior de los ligamentos últimamente citados, la superficie que corresponde por la cara interna del inominado á la cavidad cotiloidea y el resto del ísquion.

C.—EJES Y DIÁMETROS DE LA PÉLVIS.

Ocupémonos ahora de los ejes y dimensiones de las diversas partes de la pélvis que hemos indicado.

La circunferencia mayor de la pélvis ó base de ella está inclinada hácia adelante y arriba. Entre las dos espinas ilíacas antero-inferiores hay 8 pulgadas (0^m'186) segun Velpeau. La comprendida entre las dos antero-superiores, 9 pulgadas (0^m'209); entre la parte media de ambas crestas ilíacas, 10 pulgadas (0^m'232). La base del sacro tiene 4 pulpadas (0^m'093) trasversalmente y 2½ (0^m'058) antero-posteriormente. La extension de la cresta ilíaca, siguiendo sus corvaduras, 8 pulgadas (0^m'186) y 6 (0^m'139) despreciándolas. Desde el centro de la cresta ilíaca á la tuberosidad ciática hay 7 pulgadas (0^m'163). La sínfisis de los púbis tiene de alto 18 líneas (0^m'035) y media pulgada (0^m'012) de espesor. El árcade del púbis tiene de 3½ pulgadas á 4 (0^m'082 á 0^m'093) en su base que corresponde á la línea bis-ciática y 12 á 15 líneas solamente en su vértice (0^m'023 á 0^m'029); su altura es de 2½ pulgadas (0^m'058).

El eje del estrecho superior está representado por una línea que desde el ombligo cayese sobre la parte media de la cara anterior del sacro y es susceptible de muchas variaciones, segun la posicion de la mujer, etc.: los diámetros de este estrecho son el antero-posterior ó sacro-púbico (desde el centro del promontorio hasta la sínfisis del púbis) de 4 pulgadas y 8 líneas (0^m'108); el trasversal ó bis-iliaco de 5 pulgadas 9 líneas (0^m'134); el oblícuo, que va de una sínfisis sacro-ilíaca á la eminencia ileo-pectínea del lado opuesto, de 5 pulgadas 3 líneas (0^m'122), y el sacro-cotiloideo, de 4 pulgadas (0^m'093). Estos diámetros están disminuidos en el vivo, el trasverso por los músculos ilíacos, y el oblícuo izquierdo (desde la sínfisis sacro-ilíaca izquierda á la eminencia ileo-pectínea derecha) por la S del cólon.

El eje total de la escavacion y de los estrechos forma una curva de concavidad anterior, cuyas extremidades están representadas por la línea central de cada uno de los estrechos superior é inferior. Los diámetros de la escavacion son algo diferentes de los del estrecho superior. Así el ántero posterior gana de 6 á 10 líneas (0^m'012 á 0^m'019), por la concavidad del sacro, el trasversal disminuye hasta no tener más que 4 pulgadas (0^m'093) por la especie de convergencia que tienen los dos cion; los oblícuos son casi iguales.

Los diámetros del estrecho inferior son, el antero-posterior ó cócci-púbico de 4 pulgadas 7 líneas (0^m'107) pudiendo ganar hasta á 5 pulgadas ó más, por la posible dislocacion hácia atrás del cóccix; el bis-ciático ó trasversal 4 pulgadas y 7 líneas (0^m'107): los oblícuos (desde el centro del ligamento sacro-ciático mayor hasta la parte media de la rama ascendente del cion y descendente del púbis) de 5 pulgadas (0^m'116), pudiendo tambien

dar algo de sí, pues una de sus extremidades es membranosa y no ósea.

El eje del estrecho inferior se halla ligeramente inclinado de delante atrás y de abajo arriba, debiendo cruzar al del estrecho superior por detrás de la sínfisis de los púbis.

Todas las dimensiones é inclinaciones que he indicado, es con referencia á la mujer adulta, debiendo dejar aquí establecido que hasta los 15 ó 18 años de edad no se ha terminado la evolucion y la reunion de los diferentes puntos óseos de la pélvis, y que por lo tanto, un embarazo antes de esa edad puede exponer á graves riesgos en el parto.

La pélvis del hombre, segun Cruveilhier supera á la de la mujer en el predominio de los diámetros verticales, y la de la mujer le sobrepuja en el de los diámetros horizontales.

LECCION III.

Partes blandas del aparato generador de la mujer.

Tenemos que ocuparnos sucesivamente en este lugar del aparato genital propiamente dicho y del aparato secretor de la leche.

El aparato genital se compone del ovario, trompa de Falopio, útero y vagina, que son los órganos genitales internos, comprendiéndose como externos el monte de Venus, la vulva y el periné. Algunos autores llaman á la vagina órgano intermedio, conservando para los otros la misma clasificacion que acaba de decirse.

A.—OVARIO.

Es un órgano doble de figura ovoidea, aplanado de delante á tras, del volúmen de una almendra ó de una haba gruesa, de peso de 6 á 8 gramos, de color blanco rosado, antes de la pubertad, y blanco grisiento con multitud de cicatrices, despues de ella. Se encuentra situado en la escavacion de la pélvis, durante el estado de vacuidad del útero, en uno de los pliegues del ligamento ancho y sostenido por un ligamento especial (ligamento del ovario) que lo fija á el útero. Tiene dos caras (anterior y posterior) convexas ambas; un borde superior en relacion con algunas circunvoluciones del intestino delgado; otro inferior adherido al posterior del ligamento ancho; una estremidad externa dirigida hácia la trompa de Falopio, y otra interna unida al ligamento del ovario.

«El ovario tiene un tejido propio formado de dos capas (segun Jamain), una superficial blanca y resistente y otra profunda, roja y esponjosa. Esta capa superficial descrita como túnica fibrosa análoga á la albugínea del testículo, contiene los óvulos y es la *porcion glandular* ó sustancia *ovígena*. Esta capa encierra fibras laminosas, elementos musculares, y vesículas de Graaf. La capa profunda *vascular ó bulbosa* está formada de fibras laminosas, musculares, vasos y nervios. Las fibras musculares son muy numerosas y se continúan en parte por el pedúnculo ó hilío del ovario con el ligamento ancho correspondiente. Esta capa vascular no contiene vesículas de Graaf y es á la que Baer habia dado el nombre de estroma.»

El ovario está formado además por unos folículos (vesículas de Graaf) del tamaño de un grano de mijo ó de cañamon, que son en número de 15 á 20, aunque con el microscopio se ven muchas más en estado rudimentario. Estas vesículas se hallan entre las fibras del estroma. Tienen una cápsula membranosa de naturaleza especial, la cual cubre á una membrana granulosa muy delicada, que en la parte que corresponde á la superficie libre de la vesícula, presenta una masa de granulaciones ó células muy apretadas (*cumulus prolifer*) en cuyo centro se encuentra el óvulo.

El óvulo separado de las células del *cumulus prolifer* constituye una vesícula esférica de 0 mm'14 á 0 mm'20 de grueso, está formado por la membrana de cubierta ó membrana vitellina, el vitellus y la vesícula ó mancha germinativa.

Las arterias del ovario vienen de la útero-ovárica; las venas, que son plexiformes, van á la cava inferior; los linfáticos á los gánglios lumbares, y los nervios proceden del plexo útero-ovárico del simpático mayor.

B.—ÚTERO Y TROMPAS.

Para comprender mejor la situacion de las partes de que nos venimos ocupando, creo oportuno tratar ahora del útero, aunque sea trastornando algo el órden fisiológico que habia establecido.

El útero es un órgano hueco de la figura de una pera con la base arriba y el ápice abajo, situado en la línea media de la escavacion pélvica, por delante del intestino recto y por detrás de la vejiga urinaria. Está sostenido en su posicion por dos grandes repliegues del peritoneo

que partiendo desde sus bordes laterales se extienden hasta las partes laterales de la escavacion de la pélvis, dividiendo la cavidad pélvica en dos porciones, una anterior que contiene á la vejiga y otra posterior á el intestino recto. Estos ligamentos anchos están formados como he dicho, por el peritoneo, el cual cubre las dos caras que tiene el útero (anterior y posterior) y el borde superior ó base, desprendiéndose luego de este órgano sin cubrir sus bordes laterales y aproximándose una hoja á otra para ir, como he indicado, á las partes laterales de la escavacion pélvica. Al aproximarse á este punto, su borde superior se divide en tres hojas llamadas alitas, una posterior ó superior que contiene á el ovario y á su ligamento, otra media que comprende á la trompa de Falopio y otra anterior ó inferior, en cuyo espesor se haya el ligamento redondo. En el espesor de las dos hojas peritoneales del ligamento ancho, hay tejido celular y fibras musculares lisas que, segun Sappey, dependen en parte de las fibras radiadas de los bordes del útero.

Tambien en el espesor de estos ligamentos, y próximos al ovario y á la extremidad externa de la trompa, hay de 15 á 20 conductos pequeños, cuya extremidad inferior termina en fondo de saco y la superior va á un conducto comun que se pierde insensiblemente en el espesor del ligamento referido. Este órgano, vestigio del cuerpo de Wolff, es el *para-ovarium* ú órgano de Rosenmuller.

Además de los ligamentos anchos, sostienen al útero en su posicion los ligamentos redondos, que son dos manojos fibrosos formados de fibras longitudinales, de apariencia muscular, que desde los dos ángulos superiores del útero, algo por debajo y por delante de la trompa de Falopio, se vienen adelante, afuera y arriba, incluidos en el alita anterior del ligamento ancho, á buscar el orificio

abdominal del conducto inguinal para salir por su abertura cutánea y exparcirse en el tejido celular del clítoris y labio mayor.

Tambien hay dos ligamentos *útero-sacros*, que desde el cuello del útero, donde están entrecruzadas sus dos extremidades uterinas, apénas se desprenden de ese órgano van á terminar insertándose en la tercera y cuarta vértebras sacras. Están formados por fibras musculares lisas, que se continúan alguna vez con las del intestino recto, por lo que se les ha llamado tambien ligamentos recto-uterinos.

Por último, contribuye á fijar la matriz, la vagina que la abraza en su extremidad inferior.

En el útero se ha considerado un fondo que es su base, un cuello que es el ápice y un cuerpo que es el resto.

Para facilitar su explicacion lo dividiremos en dos caras, anterior y posterior, dos bordes laterales, uno superior ó base y un ápice ó cuello uterino. La cara anterior es algo convexa, está cubierta por el peritoneo y se halla en relaciones mediatas con la vejiga de la orina; la posterior es más convexa que aquella, se halla cubierta por la misma membrana y en relaciones mediatas con el intestino recto. Algunas circunvoluciones del intestino delgado se interponen entre el útero y la vejiga ó entre el útero y el recto. El borde superior es convexo, en relacion con el intestino delgado y cubierto por el peritoneo; los bordes laterales no están cubiertos por esta serosa.

En la union del borde superior con los laterales, ó séase en el ángulo resultante, se encuentra arriba y atrás la extremidad interna de la trompa de Falopio, y un poco más abajo y delante la extremidad interna del ligamento redondo.

El ápice del útero es lo que se ha llamado cuello ute-

rino, hocico de tenca *(os tincæ)*. Es mayor relativamente en las niñas y en las mujeres que no han parido, que en las que han tenido hijos. Tiene dos porciones, una situada por cima de la insercion de la vagina (porcion supra-vaginal) que es la más pequeña, y otra que se encuentra dentro de la vagina (porcion vaginal). Está horadado en su centro por una abertura trasversal, que en las multíparas permite la introduccion de la punta del dedo índice y de cuyos dos labios el anterior es más grueso y corto y el posterior más delgado y prolongado, aunque esta mayor prolongacion es más bien aparente que real, siendo debido á que la vagina es más larga en su parte posterior que en la anterior y sube más por lo tanto.

El útero es un órgano hueco, si bien su cavidad es sumamente estrecha: la del cuerpo es triangular con la base arriba, abriéndose en sus dos ángulos superiores las trompas de Falopio y continuándose la inferior con la cavidad del cuello. Esta última es aplanada de adelante atrás, y en la línea media, tanto anterior como posteriormente, hay un relieve longitudinal del que parten varias columnas pequeñas, que es lo que se ha llamado *lira* ó *árbol de la vida*.

El útero tiene una túnica externa que es prolongacion del peritoneo, cuya túnica cubre su fondo y sus dos caras, separándose de él al llegar á los bordes á donde aplicándose una hoja á otra constituyen los ligamentos anchos. Las reflexiones de la túnica peritoneal desde el útero á la vejiga y al intestino recto, han recibido el nombre de ligamentos útero-vexicales y útero-rectales respectivamente.

En este órgano hay tambien un tejido propio que es muy denso, fibroso y como albugíneo en estado de vacuidad del órgano, pero que en la preñez toma el aspecto y

caractéres del tejido muscular. Sappey ha descrito en este estado tres planos musculares, uno superficial formado de fibras trasversales, que se arradian literalmente á los ligamentos anchos: otro plano medio más grueso y como plexiforme, y otro profundo compuesto de fibras trasversales tambien, que se reunen en los orificios de las dos trompas.

En el cuello hay unas fibras circulares y otras longitudinales.

La cara interna del útero está revestida por una membrana mucosa muy gruesa en la línea media y más delgada en el cuello y orificios tubarios, en cuyo espesor hay multitud de glándulas tubulosas simples arracimadas, de las que las del cuello han sido descritas con el nombre de *huevos de Naboth*.

Las arterias vienen de las útero-ováricas y de la hipogástrica; las venas superiores forman las útero-ováricas que terminan en la renal y las inferiores van á la epigástrica; y los vasos linfáticos terminan en los gánglios pélvicos, los del cuello, y en los lumbares, los del cuerpo.

Los nervios proceden del plexo hipogástrico, siendo muy difícil demostrarlos en el cuello.

C.—TROMPAS DE FALOPIO.

Cuando hablamos de los ligamentos anchos, digimos que en el alita media de ellos estaban comprendidas las trompas de Falopio (una en cada lado). Se extienden desde los ángulos superiores de la matriz, desde donde siguen rectilíneas en toda su mitad interna, haciéndose tortuosas luego y volviéndose en su cuarto externo adentro y atrás, á buscar el ovario á quien le fija un pequeño ligamento llamado tubo-ovárico.

Esta porcion invertida de la trompa es más gruesa que el resto y se ha llamado pabellon de la trompa, el cual presenta en su extremidad de cuatro á seis franjas que son lanceolares por lo general y á veces ovales y áun filiformes. Una de estas franjas es más larga que las otras, de figura triangular y dirigida hácia atrás y ábajo. Parece ser más constante en su disposicion que las otras. Una de las caras de las franjas está cubierta por el peritoneo y la otra por la membrana mucosa de la trompa.

La cavidad de la trompa (que ocupa toda su extension) presenta muchos pliegues bastante prominentes y formados por dos hojas de la membrana mucosa reunidos por tejido celular.

Las trompas tienen una túnica serosa, de la que hemos hablado al tratar del ligamento ancho, cuya túnica se refleja al interior de la trompa, siendo el único ejemplar que existe en el organismo, de continuacion de una membrana serosa con otra mucosa.

Existe además una túnica muscular, cuyas fibras se continúan con las del útero; están dispuestas en dos planos, uno superficial longitudinal y otro profundo circular, y por último una membrana interna mucosa bastante delgada y con un epitelium vibrátil.

Las arterias vienen de la útero-ovárica, las venas van á los plexos útero-ováricos, los linfáticos á los gánglios lumbares y los nervios provienen de los plexos útero-ováricos.

D.—VAGINA.

Es el conducto escretor del aparato completo de secrecion que constituye el aparato generador de la mujer.

Se extiende desde el cuello de la matriz hasta la vulva. Es un conducto membranoso, cilíndrico, cuya direccion es curva, hallándose la concavidad hácia adelante, de lo que resulta que su pared anterior es más corta que la posterior. Es muy dilatable, y se le considera una superficie externa, otra interna y dos extremidades, antero-inferior y postero-superior. Las relaciones de la superficie externa son: por delante con el fondo de la vejiga y la uretra; y por detrás con el intestino recto, del que la separa en su cuarto superior el peritoneo, que en este punto abandona la vagina para reflejarse sobre el intestino, constituyendo el fondo de saco recto-vaginal. La vagina por sus partes laterales da insercion á los ligamentos anchos, y más abajo corresponde á la aponéurosis pélvica, á el músculo relevador del ano y á la aponéurosis media del periné.

La superficie interna presenta dos líneas salientes, una anterior y otra posterior, más pronunciada aquella que ésta, á las que vienen á terminar multitud de arrugas trasversales, más pronunciadas mientras más cerca se hallan de la abertura exterior. Estas dos líneas se llaman columnas de la vagina.

La extremidad superior abraza el cuello del útero, y la inferior es más estrecha que el resto y está separada de la vulva en las vírgenes por una membrana circular, ó semi-lunar, ó trasversal, etc., que se llama hímen, cuyos restos, en las que no son doncellas, son unos tubérculos pequeños que se llaman carúnculas mirtiformes.

La vagina se compone de una túnica externa de tejido dartóideo condensado, otra media formada por dos hojas de tejido fibroso, entre las que hay cierta cantidad de tejido esponjioso, y otra interna ó mucosa con un epite-

lium muy grueso y con multitud de papilas y folículos mucosos muy desarrollados.

El peritoneo tambien entra en la estructura de la porcion superior de la vagina, y cerca de su orificio externo en el intervalo que la separa de los cuerpos cavernosos del clítoris, hay un aparato erectil poco grueso por delante, pero mucho entre las raices del clítoris y meatus urinario. Este es el bulbo de la vagina, que se termina por dos extremidades redondeadas á los lados de la vagina, falta en la parte posterior de este órgano y es idéntico en su estructura al vulvo de la uretra del hombre. En las partes posterior y laterales de la vagina hay dos pequeñas glándulas llamadas bulbo-vaginales, cuyo conducto escretor se abre por fuera de las carúnculas mirtiformes.

Las arterias vaginales vienen de la hipogástrica, las venas van á las de este nombre, los linfáticos de la parte anterior á los gánglios inguinales, los del resto á los pélvicos, y los nervios vienen del plexus hipogástrico.

E.—DIMENSIONES DE LOS ÓRGANOS GENITALES.

Largo del útero, de 3 pulgadas escasas á 3 ½ (0^m'067 á 0^m'082).

Ancho, de 1 ½ pulgada á 1 ¾ (0^m'035 á 0^m'041).

Grueso, 9 líneas (0^m'017).

Peso, de 46'87 á 62'50 gramos.

Longitud de la porcion vaginal del cuello, de 5 líneas escasas (0^m'009 á 0^m'010).

Longitud de la cavidad del cuerpo de la matriz, de 1 pulgada á 1 y 2 líneas (0^m'023 á 0^m'027).

Id. de la cavidad del cuello, de 1 pulgada (0^m'023).

Espesor de las paredes del útero, 4 líneas (0^{m}'008) en el cuerpo; de 2 á 3 (0^{m}'005) en el cuello.

Trompas de Falopio.—Su longitud es de 5 pulgadas (12 centímetros), su diámetro de 2 líneas (0^{m}'004) cerca del útero, y de 4 (0^{m}'008) en el pabellon. Las franjas del pabellon tienen de longitud desde algunos milímetros hasta 5 líneas ó un centímetro (término frecuente) y áun 10 á 15 líneas.

La longitud de la vagina es de 5 á 6 pulgadas (0^{m}'116 á 0^{m}'139) y su anchura de 1½ pulgadas (0^{m}'035), aunque esta puede aumentarse considerablemente.

LECCION IV.

Continúa el asunto anterior. — Organos genitales externos.—Organos que componen el aparato secretor de la leche.

A.—ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS.

Los órganos genitales externos de la mujer han sido designados en su conjunto con el nombre de vulva, y esta comprende el monte de Vénus, los labios mayores, el clítoris, los labios menores, el vestíbulo, el meatus urinario, el orificio exterior de la vagina con el hímen ó con las carúnculas mirtiformes, la fosa navicular y la orquilla.

Dos palabras sobre cada una de estas partes.

El monte de Vénus es una eminencia redondeada, si-

tuada por delante de los púbis y formada por una cantidad mayor ó menor de tejido adiposo que levanta la piel en la que se encuentra cierto número de pelos.

Los lábios mayores son dos repliegues cutáneos, situados inmediatamente por debajo del monte de Vénus, del que parecen una bifurcacion. Caminan separándose uno de otro hasta la mitad de su extension, aproximándose en seguida y uniéndose entre sí á una pulgada por delante del ano, cuya union ó comisura es la orquilla. Son aplanados lateralmente, su cara externa es cutánea y está cubierta de pelos cortos y raros, y está en relacion con la cara interna de los muslos; la interna es mucosa, lisa y presenta los orificios de multitud de folículos sebáceos ó mucosos; su borde libre es convexo, y el adherente corresponde en su parte superior á la porcion descendente del hueso púbis. Están formados por una hoja membranosa unida á el dérmis de la cara cutánea en el surco que separa el labio mayor del menor: esta hoja se inserta por fuera en el labio externo de la rama descendente del púbis y ascendente del cion, debajo del cuerpo cavernoso, y se continúa por detrás de la orquilla con la aponéurosis superficial del periné. Esta hoja es la pared anterior de un saco membranoso descrito por Broca, que, segun este autor, es análogo á la envoltura dartos del testículo del hombre. En el grueso del labio mayor hay algun tejido adiposo y en él esparce muchas de sus fibras el ligamento redondo.

El clítoris es un tubérculo redondeado que se encuentra en la línea media de la vulva, por debajo de la comisura superior de los labios mayores. A este tubérculo rojizo le forman una envoltura (capuchon ó prepucio del clítoris) las extremidades superiores de los labios menores, cuyas extremidades bifurcadas se unen entre sí, pero

pasando una de las ramas de la bifurcacion por cima y otra por debajo del clítoris. Este órgano está formado por un tejido erectil, idéntico al cuerpo cavernoso del pene. Se halla como éste bifurcado en su extremidad inferior, y las ramas (raices del clítoris) se insertan en la porcion ascendente del cion. Estas dos ramas se reunen debajo de la sínfisis del púbis, y el cuerpo cavernoso, ya único, se dirije primero hácia arriba (sostenido por un ligamento llamado ligamento suspensorio del clítoris, que lo sujeta á la sínfisis del púbis) encorvándose luego hácia delante y abajo, y terminando por último en el tuberculito dicho, que es el glande del clítoris.

Los labios menores se extienden desde el clítoris (al rededor del cual se unen sus extremidades superiores del modo que queda indicado más arriba) hasta frente al orificio de la vagina hácia la mitad de la longitud de los labios mayores. Son muy variables en su forma y aspecto, y en las niñas y en algunas adultas sobrepasan el nivel de los labios mayores. Están formados por dos hojas de membrana mucosa entre las que se halla una de tejido dartóideo.

A unos tres centímetros por debajo y detrás del clítoris, se encuentra un pequeño tubérculo que costea la parte superior del borde de una abertura que es el meatus urinario ú orificio exterior de la uretra; y el espacio triangular comprendido entre el clítoris, cara interna de los labios menores y meatus urinario, es lo que se ha llamado vestíbulo.

Debajo del meatus urinario se halla la abertura inferior de la vagina, más estrecha que el resto de este conducto y en la que se encuentra en las doncellas una membrana, circular unas veces, semi-lunar otras, limitada algunas á una brida trasversal, é imperforada en ciertos casos, que

es la membrana hímen. Está formada generalmente por un repliegue de la mucosa de la vagina, pero en determinadas ocasiones existe entre él algun tejido fibroso y áun se la ha visto ser cartilaginosa.

En las mujeres en que ha desaparecido el hímen quedan generalmente cuatro tubérculos rojizos situados en las extremidades de los diámetros antero-posterior y trasversal del orificio de la vagina; de estos tubérculos los dos primeros son constantes y corresponden á las extremidades de las columnas anterior y posterior de la vagina, y los otros dos, que faltan muy á menudo y que áun pueden estar en diferente situacion de la dicha, se consideran como restos de la rotura del hímen.

Entre la semi-circunferencia inferior de la vagina y la horquilla, hay un pequeño espacio triangular que se llama fosa navicular, la que desaparece con frecuencia en el primer parto por su desgarradura y la de la horquilla.

B. —DIMENSIONES DE LOS ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS.

1.° Desde la parte superior del púbis al clítoris 2 ½ pulgadas (0^m '058).

2.° De la comisura anterior de la vulva al ano, 3 ½ pulgadas (0^m '082).

3.° Del clítoris á la comisura posterior de la abertura inferior de la vagina, 1 ½ (0^m '035).

4.° De la comisura posterior de la vulva á la punta del cóccix, 3 pulgadas (0^m '070).

5.° Del cóccix al ano, 18 líneas (0^m '035).

6.° Del ano á la vulva, 15 líneas (0^m '029).

C.—MAMMAS.

El aparato de la secrecion de la leche es incompleto y consta solo de las mammas y sus conductos escretores.

Las mammas están situadas en la parte anterior del pecho, una á cada lado de la línea media, extendiéndose desde la tercera á la sétima costilla. Son dos cuerpos hemisféricos más ó ménos péndulos, segun que se trate de una doncella ó de una mujer que haya lactado mucho, y en el centro presentan un disco sonrosado en la que no ha tenido hijos, moreno en las parideras y casi negro durante el embarazo, el cual es la *aureola*, en cuya parte central hay una eminencia rugosa, susceptible de entrar en erección, que es el pezon, en medio del cual se encuentran algunas hendiduras que corresponden á los conductos galactóforos.

Las mammas se componen: 1.°, de la glándula, de figura irregularmente redondeada y aplanada de delante atrás, formada cuando se halla en actividad, de granos glandulosos, dispuestos en lobulillos aplanados, de cada uno de los cuales parte un conductito que, uniéndose á los más próximos, llegan á formar de diez á catorce conductos que caminan convergentes hácia la aureola, en cuyo punto presentan una pequeña dilatacion, estrechándose luego considerablemente y abriéndose en el vértice del pezon. Estos conductos son los llamados conductos galactóforos, que constan de dos túnicas, una externa, al parecer dartoidea, y otra interna mucosa; 2.°, de tejido adiposo, que la envuelve por todas partes; 3.°, de tejido fibroso que forma una especie de cubierta que envuelve la glándula, mandando prolongaciones ó septos entre los

granos glandulosos y lobulillos y al tejido adiposo que circunda aquella; 4.°, de la piel, que es lisa y presenta las modificaciones dichas en la aureola y en el pezon, penetrando por los agujeros de los conductos galactóforos, aunque ya con los caractéres de membrana mucosa. En el pezon y aureola parece encontrarse tejido dartóideo, y la piel de ambos está cubierta de una capa epitélica con numerosas células pigmentosas.

Las arterias proceden de la axilar, la subclavia y la aorta torácica, las venas acompañan á las arterias, los linfáticos terminan en los gánglios axilares, y los nervios vienen de los intercostales, y de las ramas torácicas del plexus axilar.

La mamma tiene por término medio, segun Sappey, un diámetro trasversal de 5 á 5½ pulgadas (0^m'116 á 0^m'128), uno vertical, 5 pulgadas escasas, (0^m'112) y otro antero-posterior de 2½ pulgadas (0^m'058).

Tanto la mamma en general como la glándula mamaria, presentan más grueso en su parte central que en la periférica.

LECCION V.

Anomalías que presentan los órganos genitales de la mujer.

El estudio de las anomalías que pueden presentar los diversos órganos que constituyen el aparato genital de la mujer, es de un interés sumo, puesto que de esas anomalías pueden derivarse cuestiones muy importantes, y áun de responsabilidad para el médico, aparte de que muchas de ellas son un motivo de graves dificultades para el parto.

Siguiendo el órden establecido, hablaré sucesivamente de las anomalías de la pélvis, de las de los órganos genitales internos, de las de la vagina, de las de la vulva, y por último, de las de las mammas.

A.—ANOMALÍAS DE LA PÉLVIS.

La pélvis se separa con frecuencia del estado normal, y estas desviaciones se han llamado vicios de conformacion de la pélvis. La pélvis puede estar viciada por exceso de amplitud, por defecto y por mala direccion de sus ejes.

Las causas más abonadas á producir vicios de la pélvis, son el raquitismo y la osteo-malacia en la primera infancia, las escrófulas más tarde, la sífilis siempre. Las fracturas mal consolidadas, las luxaciones no reducidas á tiempo ó irreductibles, la caries, bien producida por cualquiera de las causas generales dichas ó por otra dis-

tinta, como el escorbuto etc., pueden tambien ocasionarla.

La excesiva amplitud de la pélvis, bien sea general, bien limitada á alguno de sus estrechos ó diámetros, es causa de obstáculos al parto, ocasionando versiones y prolapsus del útero, durante la gestacion, ó produciendo todos los inconvenientes que son inherentes á un parto demasiado rápido.

En honor de la verdad debo decir que este vicio de conformacion, que realmente no lo es, pues por el contrario se le halla en las mujeres mejor constituidas y desarrolladas, es el que ménos peligros ofrece, ó cuando ménos, en el que con más facilidad se pueden conjurar esos peligros con tal que estemos prevenidos.

La estrechez puede ser total ó parcial, y aunque parece una paradoxa, en el primer caso, que es cuando se trata de una pélvis verdaderamente en miniatura, es en el que ménos riesgos hay para la funcion del parto. Esas pélvis pequeñas son de mujeres de corta estatura, poco desarrolladas, y por lo general, los hijos que conciben son parecidos á su madre, y puede decirse en rigor que la estrechez no existe, pues los diámetros de la pélvis se hallan en relacion con los diámetros del fétus. Esta, sin embargo, no es una verdad absoluta.

La estrechez parcial de la pélvis puede residir en los estrechos ó en la escavacion. El diámetro antero-posterior del estrecho superior puede estar disminuido, ó por una proeminencia considerable del ángulo sacro-vertebral, ó por un hundimiento de los púbis, ó por ambas lesiones á la vez. Los diámetros oblícuos pueden acortarse por el hundimiento de una ó de ambas cavidades cotiloideas, y áun es frecuente el aplanamiento de uno de los inominados y el ensanchamiento del otro, de modo que mientras uno

de los diámetros oblícuos es menor, el otro es mayor que en el estado normal. En ocasiones, el aplanamiento es lateral en ambos huesos coxales, al par que el púbis se viene hácia adelante, y de esta suerte pierde el diámetro bis-ilíaco en extension lo que gana el sacro-púbico.

Estrecho inferior.—Cuando los púbis tienen una direccion oblícua de arriba abajo y de atrás adelante, se estrecha el diámetro antero-posterior del estrecho superior, pero se ensancha el de la escavacion y el del estrecho inferior. En ciertos casos los cions convergen el uno hácia el otro, y de aquí resulta la estrechez del diámetro bis-ciático. En otro las rámas cio-púbicas tienen su borde inferior dirigido hácia atrás, y esto ejerce alguna influencia en la amplitud de los diámetros oblícuos. Tambien el cóccix puede estar dirigido hácia delante, disminuyendo la extension del diámetro sacro-púbico.

Escavacion.—Los vicios de conformacion de ambos estrechos vienen á menudo á influir en la amplitud de los diámetros de la escavacion. Producen con frecuencia su estrechez, la poca corvadura del sacro, la gran extension vertical del cuerpo de los púbis (en ciertos casos en que está combinada con su demasiada inclinacion hácia atrás, configuracion que es una de las más graves por los obstáculos que opone al último tiempo de la salida de la cabeza, que en estos casos no puede hacerse sin que cuando ménos haya la rotura completa del periné). La convergencia de los cions, el hundimiento de la parte correspondiente al fondo de las cavidades cotiloideas, la prolongacion hácia atrás de la sínfisis de los púbis (hecho observado una vez por J. Cloquet y dos por Velpeau), todos estos vicios de conformacion inducen modificaciones en los diámetros de la escavacion pélvica, disminuyéndolos, aumentando al par otros ó sin aumentarlos.

No hay que decir que los tumores huesosos, de cualquier clase y naturaleza que sean, y áun otros de las partes blandas, pueden ocasionar las estrecheces de que nos venimos ocupando, y á veces de una manera exageradísima.

A esta clase pertenece lo que se ha llamado por los parteros *pélvis espinosa*, en cuya anomalía existe una elevacion ósea de figura de una espina de base ancha, situada en la escavacion de la pélvis, en el punto de union de las tres piezas que constituyen el hueso coxal en un principio. Estas espinas son generalmente simétricas; tienen hasta cinco ó seis milímetros de extension, su punta es muy acerada y se dirigen hácia dentro y arriba. Virchow considera esta espina como un exóstosis tendinoso. Semejante anomalía es de mucha importancia, pues puede muy bien ocasionar una rotura de la matriz durante el parto.

B.—VICIOS EN LA DIRECCION DE LOS EJES DE LA PÉLVIS.

Hemos representado el eje total de la pélvis por la línea parabólica que desde el ombligo viniese á salir por el centro del estrecho inferior, habiendo atravesado por consiguiente el centro del estrecho superior y el de la escavacion; y es claro que este eje, compuesto de otros tres (los del estrecho superior, escavacion y estrecho inferior) ha de sufrir modificaciones en su direccion, en cuanto las sufra la de cada uno de sus componentes. Si el ángulo sacro-vertebral se aplana, el eje del estrecho superior se aproxima á la línea vertical; si por el contrario se hace muy proeminente, el eje puede llegar á ser casi horizontal, y otro tanto puede ocurrirle á los otros ejes á causa de los vicios de la pélvis menor. Pueden llegar

dichos ejes hasta á formar ángulos casi rectos unos con otros, y con especialidad el del estrecho abdominal con el de la escavacion, y esta direccion imposibilitar completamente el parto por la via natural y ser por sí sola causa suficiente para obligarnos á practicar la operacion Cesárea.

C.—VICIOS DE CONFORMACION DE LOS ÓRGANOS GENITALES.

Ovarios.—Se les ha visto faltar completamente, áun en casos en que el resto del aparato estaba bien conformado. En ocasiones solo hay uno, y á veces se encuentran atrofiados ó sin desenvolverse las vesículas de Graaf. En algun caso han atravesado los conductos inguinales, presentándose en el espesor de los labios mayores simulando hernias intestinales.

Trompas.—Las anomalías que estas presentan, son, su ausencia, su estrechez ú obliteracion, mayor ó menor desarrollo de las franjas del pabellon, y adherencias de este al ovario ó á la circunferencia del estrecho superior.

Útero y vagina.—Puede faltar el útero completamente, terminando la vagina en un fondo de saco ó hallándose obliterada. Se ha visto existir solo rudimentos del útero, hallarse éste dividido en dos por un tabique interior más ó ménos completo, ó la division llevarse tambien al exterior existiendo una bifurcacion en el cuerpo de la matriz (útero bicorne) ó consistir la duplicidad del útero en la existencia de una bolsa membranosa superpuesta á él; y en todos estos casos, ó existe una sola vagina, ó ésta se halla dividida en dos partes laterales por un tabique antero-posterior más ó ménos completo, ó hay verdaderamente dos úteros unidos en cierta extension pero con sus fondos y cuellos bien perceptibles, y abrién-

dose cada uno de éstos en una vagina perfectamente distinta y áun desarrollada.

La matriz puede hallarse tambien sin comunicacion con el exterior, ó por obliteracion de su cuello, ó por diafragmas membranosos que intercepten la vagina, ó por adherencia entre sí de las paredes de ésta. Se han observado casos de abrirse la matriz en el recto ó en la vejiga de la orina, y otros en que existia comunicacion más ó ménos regular y directa entre la matriz y el ovario ó la trompa.

Vulva.—En la vulva hay tambien multitud de anomalías, consistentes en el mayor ó menor desarrollo y distinta configuracion de las ninfas y del clítoris, en la adherencia de los lábios, tanto mayores como menores, entre sí. Borelli dice haber visto una niña con dos vulvas, una encima de la otra.

La imperforacion del hímen es una anomalía no muy rara.

En ciertos casos no muy frecuentes, las aberturas de los aparatos urinario, sexual y digestivo, se reunen anormalmente, y esta reunion se ha llamado *cloaca*.

Hé aquí, segun Scanzoni, las variedades de cloaca que se distinguen:

«a.—Falta completa de la vejiga; los dos uréteres se abren en la parte superior de la vagina, cuya configuracion es bastante normal; por detrás se comunica extensamente con el recto.

b.—La vejiga se ha desarrollado regularmente, pero la uretra, que no existe sino en estado rudimentario, perfora la pared anterior de la vagina, penetrando en su cavidad, en la que se abre tambien el recto.

c.—La vejiga y la uretra no presentan anomalía alguna, y la vagina comunica con el recto.

d.—La vagina está en comunicacion con las vias urinarias, pero separada del recto.

e.—Solo existe un rudimento de la vagina que se abre en una escavacion en forma de embudo, en la que desembocan tambien la uretra y el recto. » (1)

El mismo autor cita otra variedad de cloaca, en la que existe en la pared abdominal anterior, una pequeña abertura, en la que se abocan un conducto de comunicacion con el intestino delgado y la vesícula umbilical, y además la vejiga, la vagina, y el recto cuando existe.

La inmensa mayoría de hermafroditas son solo individuos con apariencia de un sexo diferente del que realmente tienen, y estas apariencias, cuando existen, se encuentran en los órganos genitales externos. En los hermafroditas femeninos, la apariencia de varones consiste en el gran desarrollo del clítoris, la ausencia de las ninfas y la adherencia de los labios mayores entre sí.

Cítanse, sin embargo, casos en que ha sido imposible distinguir el verdadero sexo hasta en la autopsia, bien por la ausencia de caractéres suficientes á determinarlo, bien por la mezcla ó existencia simultánea de los del sexo masculino con los del femenino. En honor de la verdad diré, que de estos dos últimos casos, muy poco frecuentes, el último es el más raro, y apénas se registran algunos en los anales de la ciencia.

Mammas.—Su falta está unida con la falta ó imperfecto desarrollo de otros órganos sexuales. A veces son rudimentarias, y esta anomalía suele ser hereditaria. El pezon puede no existir, áun estando el resto de la mamma desarrollado. Hay observaciones de mujeres con tres, cuatro ó cinco mammas, y con dos ó tres pezones en una

(1) Scanzoni. Tratado práctico de las enfermedades de los órganos sexuales de la mujer

sola, y de estar colocados estos órganos en el áxila, el vientre, los muslos etc. Los conductos galactóforos pueden terminar tambien en la ampolla que presentan en la aureola y no seguir á abrirse en el pezon.

LECCION VI.

Fisiología.—Signos que indican la aptitud de la mujer para la reproduccion de la especie.—Época en que sobreviene esta aptitud segun los climas.—Fenómenos que tienen lugar en el ovario: ovulacion. Hemorragia que acompaña ó subsigue al desprendimiento del óvulo.

A los 12 ó 14 años, en nuestro clima, preséntase en los individuos del sexo femenino una nueva funcion indicadora de su aptitud para la reproduccion de la especie. Esta funcion es anunciada por ciertos fenómenos que sucesivamente han ido presentándose y que consisten en un crecimiento considerable de las mammas, en mayor amplitud de la pélvis, en la aparicion de vello en el monte de Vénus y cara externa de los labios mayores, en cierta morbidez de las formas y expresion de la fisonomía, aparte del desarrollo de las facultades morales, caracterizado por un predominio (excesivo en ciertos casos) de las sensitivas ó afectivas á expensas de las intelectuales y de las volitivas.

Cuando han ocurrido estos cambios, sobreviene en la mujer con intervalos de quince á veintiseis dias, periódicas congestiones ováricas, caracterizadas por una sensacion de cansancio y malestar general, dolores gravativos

en el hipogastrio y contusivos en los miembros, peso hácia la pélvis, tirantez á los lomos y aumento de calor en las partes genitales externas. En algunos casos hay tambien un vivo dolor hácia una ú otra fosa ilíaca y pocas veces hácia el hipogastrio (histeralgia) que exije frecuentemente los auxilios facultativos. Durante este estado, congestiónase uno ú otro ovario (alternativamente en muchos casos, uno ú otro sin distincion en la mayoría y muy raras veces los dos conjuntamente), se tumeface una de las vesículas de Graaf y se rompe por último, dando salida á una pequeña cantidad de un líquido al parecer mucoso y á un óvulo, despues de cuya rotura y evacuacion ó coincidiendo con ellas, se verifica por la pared interna del útero una evacuacion sanguínea más ó ménos abundante, que tiene por lo tanto todos los caractéres de un fenómeno crítico y en efecto sirve para desengurgitar esa entraña.

No es por lo tanto la menstruacion el fenómeno principal ó la verdadera funcion, lo es sí, la ovulacion, y así se explica el porqué hay mujeres que á pesar de no haber estado jamás regladas han concebido y han podido llevar su gestacion á feliz término, lo cual obliga á admitir que en estas mujeres tambien se verifica la ovulacion, pero que no viniendo acompañada sino de un ligero estado congestivo, éste desaparece expontáneamente y sin ninguna evacuacion crítica.

La época de la vida en que sobreviene el desprendimiento del primer óvulo, es, en nuestro clima, como queda indicado, desde los 12 á los 15 años, rara vez á los 11 y más raro despues de los 15, y esta edad es el primero de los dos períodos verdaderamente críticos que tiene la vida de la mujer, siendo el segundo desde los 43 á los 48 años, en que la menstruacion desaparece. En este primer período se observan con frecuencia congestiones activas

en diversos órganos y con especialidad en los que constituyen el aparato respiratorio, no siendo rara una forma de tísis, que, por la edad en que aparece y por las circunstancias que concurren en ella, se ha llamado tísis florida. La clórosis tambien es otra de las enfermedades frecuentes en dicha edad. Por el contrario en el segundo período crítico (menospausia, edad crítica propiamente dicha) son congestiones pasivas las que se observan diariamente, y la matriz el órgano más predispuesto á enfermar, así como el cáncer la enfermedad más frecuente. Tambien el histerismo ejerce sobre la mayoría de las mujeres su funesta influencia.

La sangre menstrual se exhala por la mucosa que cubre la cara interna ó sea la cavidad uterina (verdad hoy perfectamente comprobada) y á veces tambien por la mucosa vaginal, siendo la que de este procede la que subsiste en algunas mujeres durante sus embarazos, en cuyas épocas es materialmente imposible que proceda del interior de la matriz.

Se distingue la sangre menstrual de la que es producto de una metrorragia, en que es muy roja y líquida, habiendo en ella, segun Frey, ausencia casi absoluta de la fibrina coagulable que parece se queda detenida en el interior de la matriz ó que pierde su propiedad de coagularse en contacto con el múcus. El exámen microscópico demuestra en ella mezcla de los elementos del múcus con los de la sangre.

El tiempo que separa una ovulacion de otra es generalmente de veinte á veintiseis dias. El flujo menstrual dura de tres á cuatro dias por término medio, existiendo mujeres en que es de solo un dia y otras en que llega hasta á ocho ó diez. De ordinario el primer dia se pierde solo algunas gotas de sangre, lle-

gando el flujo á su mayor intensidad á fines del segundo dia, decreciendo luego rápidamente. Muchas mujeres tienen uno ó dos dias antes de la aparicion de los ménstruos y tres ó cuatro despues de concluido, un flujo mucoso que en algunas llega á tener los caractéres de una verdadera leucorrea.

Prescindimos de las mil preocupaciones y vulgaridades que han existido siempre, respecto á lo que ocurre en las mujeres durante sus épocas menstruales. La ley judáica castigaba con la pena de muerte al que cohabitase con mujer que estuviera menstruando. En otros países debia ésta llevar un signo que la distinguiese para que los transeuntes pudieran huir de ella, y en nuestros dias se les atribuye (y algun autor de peso asiente á esta opinion) que su contacto pone marchitas las plantas y áun las hace perecer. Otros creen que la cohabitacion en esas circunstancias puede producir el desarrollo de la sífilis.

De estas ideas la última es quizás la que tiene algun fundamento. En efecto; en las mujeres que padecen de leucorrea, máxime en la que este flujo es debido á una metritis crónica, puede adquirir el producto segregado condiciones tales que lo hagan contagioso, pero sin ser sifilítico, ó en otros términos, sin ser susceptible de producir una infeccion general y la cohorte de accidentes secundarios y terciarios que caracterizan á la sífilis. Este carácter contagioso es debido á la secrecion de cierta cantidad de pus que mezclándose con el flujo leucorréico le convierte de mucoso que era en muco-purulento, y es sabido que el pus áun el más loable y por más que esté mezclado en mayores ó menores proporciones con el múcus, siempre es susceptible de determinar irritaciones ó inflamaciones en las membranas mucosas.

LECCION VII.

Diferentes actos de que consta la reproduccion.—Formacion del gérmen.—Fecundacion: punto en que se verifica. Concepcion.

La reproduccion de la especie humana comprende diferentes actos, que son: la generacion ó formacion del gérmen, la fecundacion ó vivificacion del mismo, la concepcion ó séase su retencion despues de vivificado, la gestacion ó su desarrollo, el parto ó expulsion del gérmen ya desarrollado y con condiciones de vida individual, y la lactancia ó sea la alimentacion del nuevo ser mientras sus órganos digestivos no tienen poder bastante para modificar toda clase de alimentos.

Hablemos en particular de cada uno de estos actos de la reproduccion.

A.—GENERACION Ó FORMACION DEL GÉRMEN.

En la época de la pubertad se segrega en el testículo un líquido blanco algo espeso, de un olor aliáceo particular, que va por los conductos deferentes á un receptáculo piriforme situado por debajo de la vejiga, llamado vesícula seminal, de la que nace otro conducto llamado eyaculador, que viene á abrirse en el vértice del verumontano, eminencia que se encuentra en la parte interna de la porcion membranosa de la uretra. La secrecion testicular se está verificando continuamente, si bien se au-

menta en el momento del coito y el líquido que durante éste sale de la uretra está constituido por ese humor, el producto detenido en las vesículas seminales, el segregado por las glándulas de Cooper y el de la glándula próstata. No es eficaz, sin embargo, para la fecundacion, más que el que segregan los testículos (líquido seminal, no licor) y la parte verdaderamente esencial de este líquido consiste en unos animalillos microscópicos de unos 5 centésimos de milímetro de longitud, una de cuyas extremidades es abultada y se ha llamado cabeza, cuya longitud es de 4 milésimas de milímetro y su ancho de 2, encontrándose muy adelgazada la otra ó sea la cola. Estos animalillos que nadan en un líquido homogéneo, tienen movimientos contínuos muy rápidos que se disminuyen diluyendo el líquido seminal en el agua, se extinguen sensiblemente en el alcohol, el éter, el cloroformo, el aceite y los ácidos, y se aumentan en las disoluciones ligeramente alcalinas y las de ciertas sustancias neutras como la albúmina, la glicerina, la urea, etc. En los lienzos impregnados en el líquido seminal, áun despues de desecados, se conserva la vitalidad de los espermatozoarios, bastando humedecerlos para que recobren sus movimientos, extinguidos al parecer. Este es el gérmen suministrado por el hombre para la fecundacion.

El gérmen femenino es suministrado por el ovario. Este órgano tiene una túnica albugínea análoga á la del testículo, y que como ella envia prolongaciones al interior, la cual tiene debajo una capa descubierta recientemente, casi desprovista de vasos, en donde toman nacimiento los elementos glandulares, á la que Frey llama capa cortical ó zona de los folículos primordiales. En esta capa es donde se encuentran comprimidos y dispuestos por séries los óvulos, que son unos elementos esféricos

de cuatro centésimos de milímetro de diámetro, formados por un protoplasma granuloso sin cubierta, con moléculas de grasa y un núcleo esférico de dos centésimos de milímetro. Cada folículo está rodeado de una cubierta compuesta de células con núcleo, existiendo entre óvulo y óvulo una especie de tabique formado por células fusiformes de tejido conjuntivo.

El número de folículos asciende á setecientos mil en la edad adulta y contínuamente se hallan en esta edad de 15 á 20 en distinto período de su desarrollo. Este desarrollo se perfecciona en veinticuatro á veintiocho dias, y cuando está completo es cuando sobreviene esa congestion del aparato genital de la mujer de que hemos hablado en el artículo OVULACION, y el folículo (vesícula de Graaf) se rompe dejando salir á el óvulo, que recogido por la trompa de Falopio, es llevado á el útero. Generalmente en la mujer solo un folículo llega á su madurez cada veinticuatro dias, y áun este desarrollo se detiene más durante la gestacion, ó no se verifica.

B.—FECUNDACION.

El óvulo encierra todos los materiales necesarios para la produccion del nuevo ser, pero en *potencia*, necesitando una causa que haga entrar en actividad á esa potencia y la convierta en *actus*. Esta excitacion, de naturaleza completamente desconocida, se produce por el contacto del esperma del hombre, que unos dicen debe ser inmediato, asegurando otros que es mediato. Muchos casos se conocen de mujeres que han concebido conservando el himen y áun estando éste imperforado, y semejantes hechos, principalmente los de la última clase, parecen apoyar la idea de que basta el *aura seminalis* para

la fecundacion. Pero si se considera que áun en la imperforacion del hímen puede haber y hay indudablemente una endósmosis del líquido espermático, y que colocado éste, por lo tanto, á causa de ese fenómeno en el interior de la vagina, puede ser conducido por los movimientos vibrátiles de las paredes de ésta y por los del útero, hasta ponerlo en contacto con el óvulo, se convendrá fácilmente en que se necesita el contacto inmediato del esperma con el óvulo para que éste quede fecundado. Ahora bien, ¿en qué parte del aparato genital de la mujer se verifica el contacto? Los embarazos extra-uterinos parecen resolver esta cuestion en el sentido de que la fecundacion tiene ó puede tener lugar en cualquier punto del camino que recorre el óvulo, desde su salida de la vesícula de Graaf hasta su llegada al útero.

C.—CONCEPCION.

Rota la vesícula de Graaf, desprendido el óvulo y habiendo recibido éste el contacto vivificador del esperma, empieza la série de fenómenos que caracterizan la gestacion ó preñez, y que han de dar por resultado final el parto, en el momento en que el nuevo ser tenga suficiente desarrollo para poder resistir la influencia de los agentes exteriores.

Por lo que queda dicho se comprenderá fácilmente que la fecundacion y la concepcion que la subsigue, solo son posibles en la época en que se verifica la postura periódica, pues en ella únicamente se puede verificar el contacto entre los dos gérmenes. El coito fecundante ha de coincidir, pues, con la época menstrual (dos ó tres dias antes ó despues) dejando de serlo si se verifica cuando ya el óvulo se ha disuelto ó reabsorvido. El esperma,

ó mejor dicho, los espermatozoarios, penetran en el óvulo por el micrófilo ó abertura que perfora la membrana vitellina, y en contacto con el vitellus desaparecen prontamente. Siempre son más de uno los zoospermos que entran en el óvulo.

Conviene no olvidar lo que queda dicho de que los ácidos hacen perecer casi instantáneamente á los espermatozoarios, pues este hecho hace comprender el porqué de la esterilidad de algunas mujeres, cuya secrecion vaginal es ácida, á causa de determinadas alteraciones de la mucosa de dicho conducto.

Algunos autores se ocupan de la cuestion del sexo de el producto de la concepcion, y áun han llegado á emitir peregrinas teorías que tienden á procrear hijos de sexo á gusto del consumidor. Por mi parte sólo diré que le bastaba á la ciencia en su estado actual poder diagnosticar siquiera con certeza el sexo del fetus contenido en la matriz, aunque solo fuese en el último período del embarazo.

La fecundacion puede verificarse, no solo sin que la mujer esperimente placer alguno en el coito, sino áun en medio de su repugnancia y durante el sueño natural ó provocado por los anestésicos ó el magnetismo, y hasta simplemente con inyecciones vaginales de esperma humano. Sin embargo de esto se indican ciertos fenómenos como reveladores de que la mujer ha concebido. Estos fenómenos son una sensacion especial en el acto del coito, que puede ser mayor placer que de ordinario, una sensacion mayor ó menor de dolor físico ó moral, vómitos repentinos y áun convulsiones, etc. De estas sensaciones rara vez participa el hombre. Las mujeres que han tenido varios hijos, suelen distinguir sin equivocacion alguna el cóito fecundante del que no lo es.

He tratado conjuntamente de la fecundacion y la concepcion, porque comprendiendo ésta tan sólo los fenómenos que se operan desde la vivificacion del óvulo hasta el momento en que el gérmen comienza á desarrollarse, estos fenómenos son correlativos y no pueden separarse unos de otros en los mamíferos, y con especialidad en la especie humana.

LECCION VIII.

Continúa la descripcion de los actos de que consta la reproduccion en la especie humana.—Gestacion. Fenómenos que se producen en ella.

La gestacion comprende la série de fenómenos que tienen lugar en la mujer y en el nuevo individuo desde la impregnacion del óvulo y su descenso á la matriz hasta su completo desarrollo.

La gestacion ó el embarazo puede ser normal ó intra-uterino y anormal ó extra-uterino. Tambien ha sido dividido en verdadero y falso, siendo completamente antitética esta última idea, pues el embarazo ó existe ó nó, y en este último caso no es un embarazo falso sino la no existencia del mismo. Mejor es la division en fetal y afetal porque en efecto, en algunos casos por alteraciones de que se hablará más tarde, puede existir dentro de la matriz un producto de la concepcion que no sea un fetus sino una mola.

El embarazo se ha llamado tambien simple, cuando solo se trata de un fetus, compuesto ó múltiple, cuando se

trata de más de uno (hasta cinco se han llegado á observar en la mujer) y complicado, cuando coexiste con alguna de aquellas enfermedades que pueden ejercer una influencia marcada en su marcha y terminacion.

Embarazo intra-uterino simple.—Antes de indicar los signos del embarazo, voy á ocuparme de los cambios anatómicos que durante él se verifican en la mujer, reservando para luego los experimentados por el nuevo ser.

En el hábito exterior de la mujer, en sus aparatos digestivo, circulatorio, respiratorio y nervioso, amen de los muy notables que se observan en el aparato génito-urinario, es adonde hay que buscar esos cambios á que aludimos, los cuales naturalmente han de convertirse en signos de diferente valor para el diagnóstico del embarazo.

Hábito exterior.—El color de la piel se pone plomizo, lo que las mujeres designan con el nombre de paño, y éste unas veces es general y otras limitado á una parte del cuerpo, con especialidad la cara. Las aureolas de los pechos tambien toman un color oscuro, casi negro en ocasiones. Los ojos pierden su brillo, parecen como hundirse en la órbita, formándose una cianosis peri-orbitaria muy manifiesta; la nariz se afila, las comisuras de los lábios se retraen, el cuello se hincha y las actitudes diversas de la mujer expresan el cansancio y la fatiga.

Aparato digestivo.—A veces desde el momento del coito fecundante, en otras ocasiones desde el dia ó los dias siguientes al mismo, experimenta la mujer náuseas y vómitos, que en su mayoría son de materiales mucosos ó biliosos y en ciertos casos de alimentos. Estos vómitos son más frecuentes por las mañanas y duran hasta el tercero ó cuarto mes del embarazo, no siendo raro verlos llegar hasta el fin de la gestacion, poniendo en grave riesgo la vida de la mujer y áun ocasionándole la muerte.

Estos vómitos incoercibles constituyen como se indicará en su lugar oportuno, una indicacion formal del aborto quirúrgico. En el aparato digestivo tambien se notan otras alteraciones importantes que consisten en perversiones del apetito (anorexia, malacia, pica, bulimia), de la sed (polidipsia, adipsia), diarreas casi colicuativas ó extreñimiento.

Aparato circulatorio.—Al principio del embarazo suele haber una palidez considerable, especialmente en el semblante, en el que existe casi siempre una cianosis peri-orbitaria muy característica; pero en una época avanzada es frecuente la coloracion rojiza del semblante. Son muy frecuentes las varices y el edema de las extremidades inferiores. El pulso, oscuro en un principio, es luego pequeño y frecuente, haciéndose cada vez más desenvuelto y lleno, y en ocasiones otra vez oscuro. Corresponde este pulso á los dos estados pletóricos (falsos casi siempre) que existen en el embarazo en su principio y en su fin. La sangre de las embarazadas suele presentar una coena inflamatoria más ó ménos gruesa, cuando se extrae de las venas. La temperatura es más elevada que en el estado normal, y lo mismo el sudor, que se ha pretendido que tiene un olor al líquido seminal. Las demás secreciones son tambien abundantes, y en la de la orina se observa un aspecto particular de ésta, que se ha llamado orina jumentosa de las embarazadas.

Aparato respiratorio.—A medida que adelanta el embarazo, la respiracion va haciéndose más frecuente y completamente torácica, con especialidad en los últimos tiempos, en que tiene que suplir el número de las inspiraciones á lo profundo de ellas.

Aparato encefálico.—Son muy frecuentes las alteraciones de este aparato. Desde una neuralgia ligera al

dolor de clavo, desde una leve alteracion de carácter hasta los caprichos más raros y áun la enagenacion mental, desde la pequeña exaltacion de un sentido hasta la pérdida de varios de ellos; en esta vastísima escala se han visto y pueden presentarse todas sus inmensas gradaciones. No en valde los médico-legistas se ocupan con prolijidad de la árdua cuestion de si el embarazo puede atenuar ó disculpar completamente ciertos actos criminales, y se deciden por la afirmativa.

Aparato genito-urinario.—En él se observa en primer término el color violáceo de la mucosa vulvar, cuya membrana se halla siempre más humedecida que en el estado normal. La piel de la parte interna de los muslos se pone muy oscura, así como la del vientre y con especialidad la línea alba. La vagina se halla más distendida y húmeda, y al final del embarazo se hernia al exterior su membrana interna, así como los labios mayores y menores se ponen edematosos. No es raro encontrar una sensibilidad exagerada del clítoris. Suele haber disuria ó estranguria en un principio, incontinencia de orina al fin, y con frecuencia albuminuria. Pero las alteraciones más notables y de más interés son las que sufre la matriz, algunas de las cuales son apreciables á través de las paredes abdominales y suministran al tocólogo signos diagnósticos de importancia.

Estas alteraciones del útero se refieren á su extructura y á las modificaciones que sufre en su tamaño, cavidad, cuello, y en sus relaciones.

Desde la concepcion, el útero es el centro de un estado fluxionario que invade todos los órganos contenidos en la pélvis; y desde ese momento empieza á aumentar en tamaño de una manera lenta, contínua é insensible.

Este crecimiento en el primero y segundo mes se ex-

tiende tambien al cuello; pero desde aquí, éste por el contrario va desvaneciéndose cada vez más hasta el punto de que hácia el noveno mes apénas es solo una delgada brida. Segun Desormeaux, el cuello ha perdido hácia el quinto mes un tercio de su extension, al sexto la mitad, al sétimo los dos tercios ó los tres cuartos, y al octavo los tres cuartos ó los cuatro quintos. El crecimiento del útero no se hace por la distension de sus paredes, pues estas hácia el noveno mes presentan algun más grosor que en su estado normal. La forma que toma es perfectamente piriforme y su direccion desde que ha salido de la pélvis es la del eje del estrecho superior, ménos en las multíparas en que es muy frecuente una oblicuidad anterior y derecha.

El fondo del útero pasa hácia el tercer mes á nivel del estrecho superior; hácia el cuarto se halla á dos traveses de dedo por cima de éste; hácia el quinto á uno ó dos traveses por bajo del ombligo; hácia el sexto al nivel de éste; hácia el sétimo unas dos pulgadas por cima del anillo umbilical; hácia el octavo llega á la region epigástrica y durante el noveno vuelve á bajar casi como en el sétimo.

La cavidad uterina aumenta desde la extension que se indicó antes (0^m'023 á 0^m'027) hasta llegar á tener en ocasiones once pulgadas (0^m'255) en el diámetro vertical, ocho (0^m'186) en el antero-posterior y siete y media (0^m'175) en el trasversal. La cavidad del cuello desaparece con el cuello mismo y hácia el final del embarazo solo presenta una abertura por la que cabe perfectamente la última falange del dedo índice.

La estructura del útero sufre grandes modificaciones. Sus fibras musculares se desarrollan completamente, se ponen rojas y se marcan perfectamente los planos y los

haces de que se hablaba en la parte anatómica. Su membrana mucosa se vuelve más aparente, roja y villosa y sus sistemas vascular rojo y blanco sufren una notabilísima amplificacion. Hasta los nervios, segun Hunter, aumentan sensiblemente de volúmen.

A consecuencia de estas alteraciones del útero, los otros órganos contenidos en el vientre sufren cambios en su posicion y en sus relaciones. La vagina se acorta y se ensancha al principio, y se prolonga luego hasta no alcanzarse con el dedo el cuello uterino. Las trompas y ovarios aumentan algo de volúmen y quedan aplicadas sobre los bordes laterales de la matriz. Las fibras musculares lisas de los ligamentos redondos se desarrollan y enrojecen. Los ligamentos anchos aumentan de extension. La vejiga es empujada contra y por cima de los púbis, poniéndose la uretra casi vertical. El intestino recto es comprimido y como extrangulado hácia su parte superior. Los delgados son rechazados hácia arriba y algunas asas se vienen entre el útero y la pared abdominal anterior ó entre aquel órgano y el recto, si bien con frecuencia se van hácia los vacíos.

El diafragma es empujado hácia arriba, lo que ocasiona la dificultad en la respiracion de que se hablaba antes.

Las paredes abdominales se distienden (inclusos los músculos y las aponéurosis), el anillo umbilical se dilata y de aquí la gran predisposicion á las hernias; hasta los mismos huesos de la pélvis sufren alguna alteracion, pues infiltrándose las sínfisis sacro-ilíacas y la púbica, adquieren cierta movilidad que subsiste en ocasiones despues del parto, y que durante éste puede contribuir á amplificar los diámetros de la pélvis.

Mientras esto ocurre sucesivamente en la mujer, el

óvulo fecundado ha recorrido la trompa de Falopio y llega al útero, pero al abandonar aquella, se encuentra con que la mucosa de este órgano, por consecuencia de la extraordinaria actividad que reina en él, se ha engruesado y obtura el orificio interno de la trompa, viéndose por lo tanto el óvulo obligado á colocarse en un repliegue de la dicha mucosa, á el que va empujando poco á poco hácia dentro, cubriéndose con él como lo hace la cabeza con un gorro de dormir, esto es, sin entrar en su cavidad, y llegando bien pronto á estar encerrada en esa hoja de la mucosa uterina, que toma el nombre de caduca refleja, así como se llama caduca uterina á la parte de la repetida mucosa que queda en su posicion. El espacio que separa las dos caducas (ó sea la cavidad del gorro de dormir, valiéndonos de nuestra comparacion) va disminuyendo cada vez á causa del crecimiento y desarrollo del óvulo, hasta que llega á desaparecer, confundiéndose entónces las dos hojas parietal y fetal de la caduca.

Para llegar el óvulo á el útero ha tardado un tiempo que, segun Cazeaux, no bajará de doce dias, y durante él ha sufrido ciertas trasformaciones. En el momento de desprenderse del ovario representa una célula en la que la membrana exterior se ha llamado membrana vitellina, y existe dentro un contenido granuloso, el núcleo que ha recibido el nombre de vitellus, y el nucleolo ó mancha germinativa. A su llegada al útero, ya lo tenemos constituido del modo siguiente, á contar de fuera adentro: 1.°, la caduca refleja; 2.°, la membrana celular ó membrana vitellina; 3.°, el blastodermos ó membrana blastodérmica formada por el contenido granuloso del óvulo, que constituyendo el cuerpo muriforme, es empujado por el líquido que encierra el óvulo, hácia la superficie interna de la membrana blastodérmica, aplastándose en su consecuencia las

granulaciones, ya trasformadas en células, y adhiriéndose unas á otras, formando un todo contínuo, que luego se divide en dos hojas, una externa, que con la vitellina forma el corion, otra más interna, que es el amnios; 4.°, el vitellus con el glóbulo polar. Alrededor de la membrana vitellina engruesada, se ha formado una capa de sustancia gelatinosa trasparente, el vitellus se ha trasformado en una masa compacta, que no llena todo el espacio celular, ocupando el que hay entre ella y la membrana vitellina una corta cantidad de un líquido claro y diáfano, y en el centro de ese mismo vitellus condensado, se nota un glóbulo trasparente que es el glóbulo polar.

No correspondiéndonos ahora tratar de la anatomía ni de la fisiología del nuevo individuo, solo diré que despues de la aparicion del glóbulo polar, los gránulos del vitellus van siendo empujados hácia la periferie, aplastándose y uniéndose entre sí, constituyéndole un refuerzo ó segunda cubierta á la membrana vitellina, que es lo que se ha llamado blastodermos, el cual se divide en dos hojas, una externa, que unida con la vitellina adelgazada ya, forma el corion, y otra interna que constituye el amnios, separada de aquella en el principio de su formacion por un líquido albuminoso, uniéndose luego íntimamente á ella, conteniendo tambien otro líquido claro albuminoso llamado agua del amnios, en la que nada el nuevo ser hasta el momento de su nacimiento. Cuando el fétus se encuentra ya formado, se haya unido por un cordon (constituido por la vena umbilical, las dos arterias umbilicales, cierta cantidad de una sustancia gelatinosa llamada gelatina de Warton) y cubierto por el amnios y el corion. Este cordon umbilical se termina por su otra extremidad en un cuerpo esponjioso, bastante voluminoso, sumamente vascular, pero cuyos vasos no tienen comunicacion directa

con los de la madre, como se creia hasta hace poco, sino que existe entre la placenta y el útero una membrana llamada inter-útero-placentaria.

Se ha dicho que el óvulo era el agente de la distension del útero obrando en él á la manera de una cuña, sin tener presente que poca fuerza podrá hacer para distender ese órgano uno tan pequeño y delicado como el óvulo; así es que hay que suponer que la ampliacion de la cavidad uterina no es un fenómeno mecánico sino vital y ocasionado por la misma causa que determinó la concepcion, ó en otros términos, un efecto de la actividad impresa á todos los órganos contenidos en la pélvis por la fecundacion.

El nuevo ser ha sido llamado embrion hasta los cuarenta dias, fetus desde entónces á la época del nacimiento é infante desde que este se verifica.

Indicados ya todos los fenómenos que sobrevienen en el estado de gestacion, vamos antes de tratar del parto á decir algo acerca de la manera como aquellos se agrupan para caracterizar los distintos períodos del embarazo, así como de la duracion media de éste y época de la viabilidad del fetus.

LECCION IX.

Continúa el asunto anterior.—Sucesion con que aparecen los signos del embarazo y manera como se agrupan en los distintos períodos de este. Duracion media del estado de gestacion.—Caractéres de la viabilidad del fétus.

La duracion del embarazo es por término medio de doscientos setenta dias, siendo de notar que en las mujeres muy irritables y de la clase acomodada de la sociedad, este tiempo suele abreviarse, prolongándose en las que se hallan en circunstancias opuestas, pero siendo de notar que esta anticipacion ó este retardo rara vez pasa de diez ó doce dias. Hay sin embargo casos bien comprobados en que el parto se verificó á los once meses y aún más de la concepcion; pero estos son rarísimos y no pueden constituir regla alguna. La legislacion actual reconoce como legítimos los hijos nacidos dentro de los diez meses de la muerte del marido.

Es interesante muchas veces conocer con exactitud la época del embarazo y para ello los tocólogos han hecho distintas agrupaciones de todos los signos que quedan indicados, refiriendo cada grupo á un tiempo determinado. Tambien han criticado el valor de cada síntoma aisladamente, y segun su respectiva importancia los han dividido en signos de presuncion, de probabilidad y de evidéncia. Los primeros son todos los morales y además la alteracion del semblante (palidéz, cianosis periorbitaria, re-

traccion de las comisuras de las lábios, paño, etc.), las del aparato digestivo (anorexia, apetitos depravados, tialismo, vómitos, etc.), la tumefaccion y sensibilidad de las mammas, el abultamiento progresivo del vientre y la supresion de las reglas. Son signos de probabilidad, los cambios sobrevenidos tanto en la situacion del cuello uterino como en su grosor y abertura, el ruido placentario, el color lívido de la vagina, las pulsaciones que se notan en esta y su humectacion, la coloracion negruzca de la aureola de la mamma, la presencia de la keisteina en la orina y el edema de los labios mayores y de las extremidades inferiores. Constituyen una evidencia del estado de gestacion, los movimientos activos y pasivos del fétus y el ruido de los latidos del corazon.

Agrupando ahora los signos que se observan en cada mes, tendremos para el

1.° Sensacion particular en el momento del coito y y áun vómitos inmediatamente despues, malestar general, aumento de la irritabilidad, anorexia, tialismo, náuseas y vómitos, tumefaccion dolorosa de las mammas, oclusion del orificio de la matriz, supresion de las reglas.

2.° Alteracion de la moral de la mujer; caprichos extravagantes; apetitos depravados; vómitos glerosos con especial al despertarse; aplanamiento del vientre; acortamiento y ensanche de la vagina, siendo por lo tanto más fácil de alcanzar el cuello de la matriz.

3.° Inmovilidad del útero, cuyo fondo llega á nivel del púbis; su cuello aumenta de espesor, se encuentra ligeramente reblandecido y su orificio se hace oval, empezando á dilatarse en la mujer que ha parido otras veces; aparicion de la keisteina en las orinas; efélides.

4.° Disminucion ó desaparicion de los trastornos digestivos; las aureolas mammarias están de color pardo os-

curo, apareciendo sobre ellas doce ó veinte tubérculos que dejan salir al comprimirse una serosidad lactescente (tubérculos de Montgomery) y los pezones tumefactos; el fondo del útero llega á dos traveses de dedo por cima del púbis; la vagina se ha prolongado, hallándose más alto el cuello uterino, cuyo orificio está completamente redondo, permitiendo en la multípara la introduccion de la punta del dedo índice; coloracion lívida de la vagina; aparicion del ruido placentario, del pulso vaginal y de los movimientos activos del fétus, aunque no fáciles de percibir por el profesor.

5.° Abultamiento considerable de las mammas, que al ser comprimidas dejan salir el callostrum; el fondo del útero llega á uno ó dos traveses de dedo por bajo del ombligo, y el cuello ha perdido un tercio de su extension dejando por su abertura penetrar el pulpejo del índice en las multíparas; son bastante perceptibles los movimientos activos del fétus y es posible hacer constar los pasivos; se oyen ya los latidos del corazon de éste.

6.° Todos los anteriores signos más marcados; aparece una coloracion negruzca en la línea alba; el fondo del útero á nivel del ombligo; su cuello ha perdido la mitad de su extension y su orificio empieza á dilatarse en la primípara, estándolo mucho en la multípara.

7.° La mujer está muy demudada y llena de molestias á causa del edema de los labios de la vulva y de las extremidades inferiores, y de la aparicion de las hemorroides, etc. Fondo del útero á dos traveses de dedo por cima del ombligo; el cuello ha perdido los dos tercios de su espesor, hallándose completamente dilatado su orificio externo y su cavidad.

8.° Vuelven los síntomas digestivos; es difícil hacer el peloteo; ha desaparecido la keisteina. El fondo del

útero se halla en la region epigástrica; el cuello ha perdido los cuatro quintos de su grosor, y la dilatacion de su orificio interno permite reconocer la presentacion.

9.° Malestar, tristeza, inaptitud para cualquiera ocupacion séria; abundante secrecion de callostrum; el fondo del útero como en el sétimo mes; el cuello va adelgazándose cada vez más hasta desaparecer y su dilatacion es considerable; incontinencia de orina; estreñimiento ó tenesmo rectal; dificultad en la progresion por el edema y los calambres de las extremidades inferiores. Generalmente en las horas que anteceden al parto, la mujer se encuentra tan ágil y contenta como nunca.

Respecto á la época en que el fétus tiene aptitud para la vida extra-uterina, que es lo que se llama viabilidad, debo decir que ésta no se encuentra generalmente hasta despues de cumplidos los seis meses, ó sea durante el sétimo mes, por más que se citen casos como el de Fortunato Licetti, que nació á los cinco meses y pudo vivir hasta los 79 años, y otros análogos. La ley IV, título XXIII de la partida IV (ley de las siete partidas), dice que «La criatura es complida é vividera, solo que tenga su nacimiento un dia del seteno mes.» Esta es tambien la opinion de Hipócrates, controvertida por Mauriceau, quien creia que hasta los niños de siete meses cumplidos son débiles é impropios para la vida.

Hé omitido decir, que creo viable el fétus dentro del sétimo mes, siempre que se halle bien conformado, sano y con un desarrollo normal.

LECCION X.

Del parto. Sus causas determinantes. Causa eficiente principal y causas accesorias. Períodos en que se divide el parto. Dolores, sus caractéres y division.

A los doscientos setenta dias de la concepcion (término medio), el nuevo ser ha adquirido el grado de desarrollo suficiente para vivir fuera del cláustro materno, y á la expulsion de un fétus viable y de sus accesorios es á lo que se ha llamado parto. De esta misma definicion se deduce que es parto no solo la expulsion en la época indicada, sino en cualquiera otra á contar desde el principio del sétimo mes (en cuyo tiempo hemos dicho que empezaba la viabilidad del fétus), distinguiéndose esta anticipada expulsion con el nombre de parto prematuro, al paso que la anterior es llamada parto á término.

El parto puede ser expontáneo ó provocado; natural, laborioso y contranatural; de un solo fétus ó de varios, y verificarse por las vias naturales ó por un camino hecho artificialmente.

En este lugar sólo hablaremos del parto expontáneo y natural, es decir, del que se verifica á término, por las vias naturales, en buena posicion y por los sólos esfuerzos de la naturaleza, pues sólo con estas condiciones es como merece el dictado de funcion fisiológica.

Las causas del parto se dividen en determinantes y eficientes, y estas últimas en principal y accesorias.

Las causas determinantes del parto expontáneo son

desconocidas. Quién ha dicho que el líquido amniótico se hacia á los nueve meses muy irritante, produciendo una irritacion dolorosa en la piel del fétus, el cual, para librarse de ella se veia precisado á buscarse paso al exterior; quién que lo que lo forzaba á ello era la necesidad de evacuar el meconio y la orina, ó la de huir de una elevada temperatura que lo sofocaba, ó la de respirar, ó la de buscar una nueva nutricion porque le era insuficiente la que t nia; pero ni causa alguna de estas tiene fundamento, ni siquiera el fétus es activo en su expulsion, como lo prueba que se verifica perfectamente la de aquellos que hace mucho tiempo han dejado de existir.

Otros autores, haciendo residir en la mujer la causa determinante, creen que es el *nisus periódicus* ó el estímulo que se hace á los órganos genitales cada vez que correspondia el flujo catamenial; pero todas las mujeres no paren en esa época, y en muchas en que el referido flujo solo se hacia cada dos ó tres meses y áun en algunas que se han hecho embarazadas sin haber tenido jamás la menstruacion, no por eso han dejado de parir á los nueve meses próximamente, como las que se hallaban en circunstancias opuestas.

Algunos, como Baudelocque, creen ver una lucha entre las fibras musculares del cuerpo y las del cuello de la matriz, en la que vencen por fin las primeras. Petit dice que las fibras del cuello son un almacen de reserva para subvenir por su desarrollo á la expansion de las otras, y que el parto se verifica en cuanto se agota el repuesto. Power dice que contínuamente está contrayéndose, aunque de una manera débil, el cuerpo del útero, y que sólo á los nueve meses estas contracciones son lo suficientemente enérgicas para que, teniendo en cuenta el estado de infiltracion y de adelgazamiento á que en dicha época ha

llegado el cuello, pueda verificarse la dilatacion del orificio de éste, y por consiguiente la expulsion del contenido de la matriz.

En fin, despues de exponer las teorías que hé indicado y otras muchas á cual más difíciles de comprobar, la mayoría de los autores modernos concluyen repitiendo con Avicena, que «al tiempo prefijado el parto se hace por la gracia de Dios.» Por mi parte sólo diré, que así como cuando los alimentos están convertidos en quimo, el píloro deja pasar á éste al intestino duódeno, y cuando la vejiga contiene cierta cantidad de orina, sus fibras se contraen para expulsarla, etc., etc.; asímismo, cuando el fétus ha completado su desarrollo, el útero lo arroja, sin que yo crea que debemos perder el tiempo en averiguar todas las causas primeras, pues cuando nos empeñamos en ello, casi siempre llegamos á descubrir lo que el médico de Molière, que «el ópio hace dormir porque tiene virtud dormitiva.»

Pero si ignoramos las causas determinantes del parto, no nos sucede lo mismo con las eficientes. Estas se han dividido, como indiqué antes, en eficiente principal y eficientes accesorias: la primera es la contraccion uterina, las segundas consisten en la accion del diafragma y de los músculos abdominales, además de la de aquellos otros músculos que pueden servir de auxiliares á la de estos.

Harwey, conviniendo en las ideas de Hipócrates, que creia que el fétus era quien rompia las membranas y se escapaba, digámoslo así, del útero, asegura que es el agente principal de su salida, pero esta opinion, contradicha por el hecho frecuente del nacimiento rápido y sin inconveniente alguno de muchos fétus muertos, no es hoy sostenida por ningun autor, y todos consideran á la contraccion uterina como la causa eficiente principal del parto.

Y no puede servir de argumento en pró de la primera opinion el hecho de haber parido algunas mujeres despues de muertas, pues áun en estos casos se ha comprobado en muchos, que la muerte del fétus habia sido anterior á la de su madre, lo cual solo se explica teniendo en cuenta que, dilatados todos los esfinteres despues de pasado el período de rigidez cadavérica, cesa de haber obstáculos á la salida de la criatura, que entónces es empujada por la distension considerable que sufren los intestinos por los gases, producto de la putrefaccion, que en ellos se aglomeran. Además de esto, el profesor que haya hecho una sola version en mujeres medianamente vigorosas algun tiempo despues de la rotura de la bolsa, no negará que la matriz es la causa eficiente principal del parto.

Hay muchas observaciones de partos que se han verificado durante un acceso de eclampsia, un síncope, una congestion, en la anestesia, es decir, en ocasiones en que ha estado suspendida la vida de relacion, y por lo tanto, en que solo ha actuado la contraccion uterina; pero no por esto es ménos cierto que en la mayoría de casos, y sobre todo, en los últimos momentos de la expulsion del fétus, es un poderosísimo auxiliar la contraccion de los músculos abdominales y del diafragma, que por sí solas no serian bastantes. Las mujeres que saben *hacer los dolores, que aprietan*, paren en ménos tiempo que aquellas que *no aprietan, que se comen el dolor*.

Pasando ahora á ocuparnos del parto, el conjunto de cuyos fenómenos es lo que se ha llamado *trabajo*, diré que en éste se han considerado diferentes períodos ó tiempos. Millot considera cuatro tiempos; el primero ó tiempo secreto comprende los síntomas que se observan cuatro ó cinco dias antes de que aparezcan los dolores; el segundo desde la aparicion de éstos hasta la rotura de

la bolsa de las aguas; el tercero desde aquí hasta que el fétus va á atravesar el estrecho inferior de la pélvis; y el cuarto hásta la conclusion del trabajo. Denman admite tres tiempos; uno desde la aparicion de los dolores hasta la completa dilatacion del cuello uterino; otro hasta la salida del fétus y el último hasta la expulsion de las secundinas. Mme. Boivin agrega á estos tres períodos el de los fenómenos precursores. Estos cuatro tiempos son tambien los que admite Velpeau y de los que vamos á ocuparnos.

A.—SIGNOS PRECURSORES DEL PARTO.

En un espacio de tiempo que varía desde veinte á dos dias antes del parto, la naturaleza empieza á hacer sus preparativos para la gran funcion en que muy pronto ha de verse empeñada, siendo raros los casos en que el parto sobreviene repentinamente. Hácia el tiempo indicado, el vientre *baja* mucho, es decir, el fondo del útero desciende desde la region epigástrica, adonde habia llegado durante el octavo mes, á un par de traveses de dedo por cima del ombligo. Este descenso de la matriz hace que se mejore el estado del estómago, aumentándose el apetito, desapareciendo los vómitos mecánicos que se habian presentado, facilitándose las digestiones, al paso que el edema de los labios mayores de la vulva y de las extremidades inferiores aumenta, son más considerables las varices y las hemorróides, más incómodo el tenesmo vesical y aparecen calambres en una ú otra extremidad inferior. La mujer asegura que goza de mejor salud y con frecuencia se dedica con ardor á sus ocupaciones.

Además de estos fenómenos, suele haber un estado de contraccion fibrilar del útero, fácil de comprobar por la

dureza que presenta al tacto abdominal; la vagina se encuentra muy ensanchada y humedecida por mucosidades más ó ménos espesas y á veces teñidas de sangre, y las articulaciones de la pélvis están como encharcadas, lo que ocasionando algunos movimientos ó deslizamientos de unos huesos sobre otros, es causa de la claudicacion que con frecuencia se observa.

Cuando todo esto ocurre, dicen las mujeres que han tenido otros hijos, que se encuentran *en capilla*, y en efecto, no tarda en sobrevenir el segundo tiempo.

B.—DILATACION DEL CUELLO UTERINO.

Despues del tiempo anterior, y á veces de repente, sobrevienen las contracciones uterinas que son sinónimas de dolores y éste el nombre con que se les designa. Los primeros dolores se han llamado *moscas* por su insignificancia y porque se les ha comparado á la especie de cosquilla que producen esos insectos paseándose por el vientre. A pesar de su poca intensidad, durante esos dolores se endurece el útero, es decir, se contrae; el cuello va dilatándose paulatinamente y despues de cada uno de ellos aumentan las glerosidades que salen por la vagina y áun en ocasiones se derrama algun agua que no viene del interior del huevo humano, sino que probablemente procede de entre las membranas y el útero. Estos dolores van poco á poco aumentando de intensidad, y separados en un principio por intervalos de media, una hora y áun más, se hacen más frecuentes y el efecto de ellos es dilatar el cuello del útero, cuya dilatacion, cuando ya es considerable, se indica por cierta cantidad de sangre que tiñe las glerosidades, á cuyo fenómeno llaman las mujeres *señalarse en sangre* y les sirve para pronosticar

una pronta terminacion. Esos dolores son completamente intermitentes, alternan en general uno largo é intenso con otro más corto y débil, y se extienden desde la cintura, siguiendo por los lados del vientre, á morir en el hipogastrio.

Cuando la dilatacion del cuello uterino es algun tanto considerable, se nota durante cada dolor la presentacion en su orificio de un tumor hemisférico duro que desaparece cuando la contraccion y es lo que se ha llamado la bolsa de las aguas *(la fuente)* que es debida á una porcion de las membranas del huevo distendida por el líquido amniótico, y la cual sirve como de cuña para favorecer la dilatacion de la matriz primero y de la vagina despues. Cuando la dilatacion dicha es completa y la bolsa muy considerable, vá comenzar el tercer período del parto, cambiando los dolores el nombre de moscas que habian tenido en su principio y que habia sido sustituido por el de preparantes cuando ya habian cobrado cierta intensidad, por el de expulsivos que á su vez ha de ser sustituido por el de dolores concuasantes.

Las mujeres durante el primero y segundo período se encuentran muy tristes y asustadas, presagiando horribles sucesos, habiendo en algunos casos una especie de excitacion cerebral vecina al delirio. Tambien aparecen con frecuencia en el segundo náuseas y áun vómitos y el tenesmo vesical es muy notable.

C.—EXPULSION DEL FÉTUS.

Una vez dilatado el cuello del útero, no tarda en romperse la bolsa de las aguas á impulsos de un dolor, derramándose cierta cantidad del líquido amniótico; y abocándose inmediatamente la cabeza del fétus en el sitio

que la bolsa ocupaba, tapa la abertura del útero, oponiéndose así á la salida de toda el agua del amnios, la cual, sin embargo, continúa derramándose aunque en pequeña cantidad al principio y al fin de cada dolor, momento en que esa oclusion no es completa. Despues de esa rotura se dice que la cabeza del fétus está en su *coronamiento*, es decir, coronada por el cuello uterino. Los dolores desde este instante se hacen aún más frecuentes y adquieren mayor intensidad, aunque no es igual ésta en todos; á cada uno de ellos la mujer experimenta una sensacion hácia el recto y la vejiga que le obliga instintivamente á apoyar sus piés en cualquier punto, agarrarse á los lados de la cama ó á las personas que le cercan y echando la cabeza atrás y lanzando un quejido prolongado empuja con todas sus fuerzas, poniendo á contribucion casi todos los músculos, unos como el diafragma y los abdominales para favorecer la accion del útero, otros como los de los brazos y piernas para servir de punto de apoyo. Cuando la cabeza ha pasado el cuello uterino y va recorriendo la escavacion pélvica, experimenta tambien la mujer calambres, muy dolorosos á veces, en ambos muslos y piernas ó en uno solo. Al atravesar el estrecho inferior queda un punto aun de bastante empeño. Entónces cómbase y se distiende considerablemente el periné y á cada dolor medianamente intenso parece como que va á desgarrarse segun la tirantez que adquiere. Ya en este punto no tiene la mujer el intervalo de reposo que antes hasta le permitia dormir un instante entre dolor y dolor; estos se suceden unos á otros haciéndola lanzar gritos desgarradores ¡ tal es su intensidad ! y por último sobreviene uno tan fuerte y largo, que entreabriendo completamente la vulva, parece como que va á dar salida á la cabeza; secúndalo la mujer con brío y en el momento en

que aquella vá á verificarse, disminuye el dolor y cuando está á punto de desaparecer recobra nueva intensidad y la cabeza del fétus franquea la vulva. Síguese un instante de reposo, pero bien pronto nuevos dolores aunque no tan fuertes como los anteriores (frecuentemente uno solo) terminan la expulsion del fétus. Los últimos y más terribles dolores han sido llamados concuasantes.

D.—ALUMBRAMIENTO.

Acompaña á la salida del fétus la del resto del líquido amniótico y alguna cantidad, aunque corta, de sangre. Descansa despues de ella la mujer breve rato, pero no tardan en presentarse otros dolores análogos á los primeros, ó *moscas*, con los cuales se arrojan la placenta y los restos de las membranas, y entónces verdaderamente es cuando el parto ha terminado.

Aun cuando no es de este lugar, debo decir que una vez terminada la expulsion del fétus, hay que ligar y cortar el cordon umbilical.

La duracion total del parto varia entre una hora ú hora y media (de lo que he visto varios ejemplares), hasta cuatro ó cinco dias, pero puede decirse que en nuestro clima es por término medio de seis á ocho horas. La duracion de los dos primeros períodos es á la del tercero como dos ó tres es á una, y respecto al tiempo trascurrido entre el tercero y el fin del cuarto, ó sea del trabajo, rara vez pasa de un cuarto de hora en circunstancias completamente normales.

LECCION XI.

Mecanismo del parto.—Presentaciones y posiciones.—Parto natural ó eutóxico y parto distóxico ó contra-natural.—Clasificaciones de Nœgele, Velpeau y Mme. La Chapelle.—Manera como se verifica el parto en las presentaciones naturales de vértice y de cara.

Tócanos ahora tratar del mecanismo del parto natural ó expontáneo, único del que debemos ocuparnos en este sitio. El parto natural se ha llamado tambien eutóxico, en oposicion con el contra-natural designado con el epíteto de distóxico.

Los tocólogos llaman presentacion á la parte del fétus que se aboca á la abertura de la matriz, y posicion á las relaciones que esa parte guarda con los diámetros de la pélvis. Estas presentaciones han sido clasificadas de distinta manera por los diversos autores, siendo las clasificaciones más adoptadas la de Nœgele completada por Dubois, la de Velpeau y la de Mme. Lachapelle, únicas que indicaré por creerlas más sencillas y que satisfacen todas las necesidades de la práctica.

Clasificacion de Nœgele y Dubois.

PRESENTACIONES.	POSICIONES.	VARIEDADES.
De vértice.....	Occipito-ilíaca izquierda. . .	Tres variedades de cada posicion á saber: anterior, trasversal y posterior.
	Occipito-ilíaca derecha. . . .	
De cara.....	Mento-ilíaca derecha. . . .	
	Mento-ilíaca izquierda. . .	
De nalgas ó pélvis.	Sacro-ilíaca izquierda . . .	
	Sacro-ilíaca derecha. . . .	
Hombro derecho...	Céfalo-ilíaca izquierda. . .	
	Céfalo-ilíaca derecha. . . .	
Hombro izquierdo.	Céfalo-ilíaca izquierda. . .	
	Céfalo-ilíaca derecha. . . .	

Clasificacion de Velpeau.

PRESENTACIONES.		POSICIONES.	VARIEDADES.
EUTOCIA NATURAL.—Cabeza	Cráneo.	Occipito-anteriores.	Occipito-cotiloidea izquierda.
			Occipito cotiloidea derecha.
			Occipito-púbica.
		Occipito-posteriores.	Fronto-cotiloidea izquierda.
			Fronto-cotiloidea derecha.
			Fronto-púbica.
	Cara.	Mento-ilíaca derecha.	
		Mento-ilíaca izquierda.	
		Mento-sacra.	
		Mento-púbica.	
EUTOCIA NO NATURAL.—Pélvis	Piés.	Calcáneo-anteriores.	Lomos adelante y á la izquierda.
			Lomos adelante y á la derecha
			Lomos adelante directamente.
		Calcáneo-posteriores.	Lomos atrás y á la izquierda.
			Lomos atrás y á la derecha.
			Lomos atrás directamente.
	Rodillas.	Tibio-anteriores. / Tibio posteriores.	Las mismas variedades que en la presentacion de pies.
	Nalgas.	Sacro-anteriores.	Sacro-cotiloidea izquierda.
			Sacro-cotiloidea derecha.
			Sacro-púbica.
		Sacro-posteriores.	Sacro-sacro-ilíaca derecha.
			Sacro-sacro-ilíaca izquierda.
			Sacro-sacra.

PRESENTACIONES.	POSICIONES.	VARIEDADES.
Distocia . . . . Accidental..	Por parte de la madre . . .	Hemorragia.—Eclampsia.—Roturas de la matriz ó de la vagina.—Enfermedades diversas. — Debilidad.
	Por parte del fétus.. . . .	Procidencia del cordon.—Cortedad de éste ó su rotura.-Desprendimiento de la placenta.
Esencial.. .	Por parte de la madre . . .	Estrecheces ó anomalías de la pélvis.—Tumores de la pélvis ó de las partes blandas.—Dislocaciones ó desviaciones de la matriz.
	Por parte del fétus	Anomalías ó vicios de conformacion . —Enfermedades . — Mala presentacion y posiciones desviadas.

La mala presentacion es la de tronco, que se clasifica así:

Lado derecho. . Dos posiciones para cada presentacion, á saber: 1.ª Céfalo-ilíaca izquierda
Lado izquierdo. . 2.ª Céfalo-ilíaca derecha.

De las posiciones desviadas se tratará más adelante.

Clasificacion de Mme. Lachapelle.

PRESENTACIONES.	POSICIONES.
Vértice	Occipito-cotiloidea izquierda. Occipito cotiloidea derecha. Occipito-sacro-ilíaca derecha. Occipito-sacro-ilíaca izquierda. Occipito trasversal izquierda. Occipito-trasversal derecha.
Cara	Mento-ilíaca izquierda. Mento-ilíaca derecha.
Extremidad pélvica.	Lumbo-ilíaca izquierda. Lumbo-ilíaca derecha. Lumbo-púbica. Lumbo-sacra.
Hombro derecho	Céfalo-ilíaca izquierda. Céfalo-ilíaca derecha.
Hombro izquierdo.	Céfalo-ilíaca izquierda. Céfalo-ilíaca derecha.

Vamos á ocuparnos ahora del mecanismo del parto en las diferentes posiciones de las dos extremidades cefálica y podálica del ovoide fetal.

A.—MECANISMO DEL PARTO EN LA PRESENTACION DE VÉRTICE.

Para comprender mejor el mecanismo del parto en la presentacion de vértice, admitamos la division de Velpeau en posiciones occipito-anteriores y occipito-posteriores. Tanto en unas como en otras, la salida del fétus se verifica en seis tiempos, á saber: 1.°, flexion de la cabeza; 2.°, encajamiento y descenso de la misma; 3.°, rotacion interior; 4.°, extension; 5.°, rotacion exterior, y 6.°, desprendimiento.

En rigor los dos primeros tiempos están siempre confundidos, pues presentando el fétus la cabeza al estrecho superior de la pélvis, en el momento en que empiezan las contracciones, el diámetro de la cabeza del fétus que se encuentra en relacion con cualquiera de los del estrecho superior, es el occipito-frontal, que por su mucha extension relativa no permite que se introduzca la cabeza, sino que ésta se detiene en el referido estrecho; pero movible aquella y empujado por la matriz el cuerpo del fétus, tiene necesariamente que practicar, ó el movimiento de extension que pone el diámetro mento-bregmático en relacion con uno de los del estrecho superior constituyéndose así la presentacion de cara, ó el de flexion, en el que el diámetro relacionado es el occipito-bregmático y la presentacion por tanto de vértice, ocurriendo entónces, que á medida que la cabeza se dobla, se encaja en la escavacion de la pélvis.

Introducida la cabeza en la escavacion, tropieza bien

pronto con el plano del periné que opone una resistencia considerable á su descenso, y se vé entónces precisada á acomodarse á la capacidad y forma de la cavidad que se le presente, cavidad que tiene su mayor diámetro antero-posteriormente, y por tanto el mayor diámetro de la cabeza en flexion ó sea el occipito-frontal, es el que ha de relacionarse con aquel, para lo que es indispensable que haga un movimiento de *rotacion interior*. Para comprender bien este movimiento, hay que recordar aquella ley de mecánica que dice que «cuando un cuerpo sólido está contenido en otro,—si el contenido es el asiento de alternativas de movimiento y de reposo—si las superficies son resbaladizas y poco angulosas—el contenido tenderá sin cesar á acomodar su forma y sus dimensiones á las formas y á la capacidad del continente.» Esta ley ha sido aplicada por Pajot, como yo lo he hecho, para explicar el movimiento de que estamos tratando.

En relacion, pues, el diámetro occipito-frontal del fétus con el cócci-púbico de la madre, encájase el occipital (á medida que desciende la cabeza) bajo el árcade del púbis hasta quedar abrazada exactamente la nuca bajo éste, y continuando las contracciones y estando fija la extremidad occipital del diámetro occipito-frontal del modo indicado, hácese esa extremidad punto de apoyo ó centro del movimiento de la cabeza, y entónces la extremidad frontal del repetido diámetro es la que va describiendo un arco de círculo que da por resultado la extension total de la cabeza y su salida lenta de la vulva.

Al terminarse este tiempo, los hombros se han presentado al estrecho superior, encajando su diámetro bis-acromial en relacion con el perpendicular á aquel en cuya direccion se encajara el occipito-frontal, y al penetrar en la escavacion y llegar al plano perineal, verifican un mo-

vimiento de rotacion análogo al que antes hiciera la cabeza, y que tiene por resultado poner el dicho diámetro bis-acromial en relacion con el cócci-púbico de la mujer, cuyo movimiento interno es traducido exteriormente por la cabeza con otro que lleva la cara hácia la parte interna de uno de los muslos de la mujer. Esta es la verdadera explicacion del 5.° movimiento.

Durante el 6.° tiempo, el hombro que mira á el árcade de los púbis, se apoya bajo éste, deslizándose y saliendo primero de la vulva el que se presentó posteriormente, *escurriéndose* entónces (permítasenos esta expresion vulgar) el resto del fétus, á no ser que hubiese una brevedad esencial ó accidental del cordon.

En las posiciones occipito-anteriores todo se verifica como queda indicado, habiendo entre unas y otras las variaciones siguientes: En la occipito-cotiloidea izquierda, la cabeza, en el movimiento de rotacion interior, se dirije de izquierda á derecha; en el de rotacion exterior, la cara mira á la parte interna del muslo derecho; el hombro derecho del fétus es el que se apoya bajo el árcade del púbis y su lado izquierdo es el que recorre la corvadura sacro-perineal. En la posicion occipito-cotiloidea derecha todo ocurre al contrario. En la occipito-púbica no hay movimiento de rotacion interior, y despues de salir la cabeza, ó tambien falta el de rotacion exterior, ó se hace éste despues de algun instante de tregua, sin que se pueda determinar *á priori* donde mirará la cara del fétus, ni cual es el hombro que se fijará bajo los púbis, ni el lado que recorrerá la escavacion sacro-perineal.

En las posiciones occipito-posteriores es más complicado el mecanismo. En el movimiento de rotacion interior, el occipucio no recorre un cuarto de círculo como en las anteriores, sino casi un semi-círculo, viniendo desde la

sínfisis sacro-ilíaca derecha, por ejemplo, recorriendo toda la parte interna del inominado derecho á colocarse bajo los púbis ó vice-versa, lo cual hace este parto mucho más largo, y en muchas ocasiones incapaz de verificarse por los sólos esfuerzos de la naturaleza, razon por la cual Capuron, Baudelocque, Levret, Blundell y otros han considerado á estas posiciones entre los partos contra-naturales.

La presentacion de vértice es la más frecuente de todas (19 veces de cada 20), siendo la más comun de las posiciones la occipito-cotiloidea izquierda, luego la derecha, luego las occipito-sacro-ilíacas, y por último las directamente antero-posteriores.

La causa de la presentacion de vértice es el mayor peso de la cabeza, que tiende á dirigir esta extremidad hácia la parte más declive que es el cuello del útero, influyendo en la mayor frecuencia de las posiciones occipito-anteriores el mayor peso de la parte posterior de la cabeza y del dorso del fétus y la mayor inclinacion de la pared anterior del útero, agregándose á estas causas la extension más considerable del estrecho abdominal hácia su parte anterior que hácia la posterior.

B.—MECANISMO DEL PARTO EN LA PRESENTACION DE CARA.

En relacion el diámetro occipito-frontal del fétus con cualquiera de los del estrecho superior de la pélvis, se determina la presentacion de vértice si las contracciones uterinas producen la flexion de la cabeza, pero si en vez de ésta es la extension la que tiene lugar, tendremos la presentacion de cara.

En el mecanismo del parto de esta presentacion tambien se consideran seis tiempos, á saber: extension, encajamiento, rotacion interna, flexion, rotacion externa y desprendimiento.

De la extension y el encajamiento solo diré que en este caso es el diámetro mento-frontal ó más bien el mento-bregmático el que se pone en relacion con el oblícuo derecho del estrecho superior (posicion mento-ilíaca derecha) el bi-temporal con el oblícuo izquierdo, indicando el occipito-bregmático ó el occipito-frontal el eje del indicado estrecho.

Para el movimiento de rotacion interior, el diámetro mento-bregmático hace las veces del occipito-bregmático en la presentacion de vértice.

En el de flexion, el menton y la parte anterior del cuello se alojan bajo el árcade del púbis y por un movimiento de flexion de la cabeza, van presentándose en la vulva, despues de recorrer la cara anterior del sacro y el plano del periné, la frente, el bregma, la sutura sagital y el occipucio, desprendiéndose entónces el menton y terminándose la salida de la cabeza.

Durante el movimiento de rotacion exterior la cara se dirige hácia el muslo izquierdo de la mujer, verificándose todos los demás tiempos de la salida del fétus de la misma manera que en las posiciones de vértice.

Hasta aquí he aludido á la posicion mento-ilíaca derecha, y *mutatis mutandis* es idéntico lo que ocurre en la mento-ilíaca izquierda.

En la mento-sacra la salida de la cabeza es imposible, pues cumplido terminado el tercer tiempo la frente se encontrase bajo el árcade púbico, el menton, penetrando cada vez más en el fondo de la escavacion, seria detenido en su marcha por el torax, que no puede acompañarle en su movimiento de avance, resultando de aquí que el menton se hace entónces el punto fijo ó centro de movimiento, desprendiéndose la frente de bajo el árcade y deslizándose por detrás de éste y hácia la vulva el

bregma, la sutura sagital y el occipucio por fin, convirtiéndose de este modo la posicion mento-sacra en occipito-púbica y terminándose el parto como en ésta.

Respecto á la posicion mento-púbica no ofrece dificultades; en ella, como en la occipito-púbica falta el movimiento de rotacion interior, y los demás se verifican como en las mento-ilíacas derecha é izquierda.

LECCION XII.

Mecanismo del parto en las presentaciones de la extremidad podálica del fétus.—Consecuencias naturales del parto. Loquios. Cólicos uterinos. Secrecion láctea.

A.—PRESENTACIONES Y POSICIONES DE LA EXTREMIDAD PODÁLICA DEL FÉTUS.

La extremidad podálica puede presentarse en conjunto ú apelotonada (presentacion de pélvis propiamente dicha), ó aisladamente sus elementos (presentaciones de nalgas, de rodillas y de pies).

Pocas palabras acerca del mecanismo del parto en cada una de ellas.

Los autores no hacen diferencia entre la presentacion de pélvis y la de nalgas, pues en ambas las relaciones son idénticas y se verifican de idéntica manera. En la presentacion de pélvis hay dos tiempos completamente distintos: en el primero ó de salida del tronco hay cinco movimientos: 1.°, de reduccion de volúmen; 2.°, de encajamiento; 3.°, de rotacion interior; 4.°, de desprendimiento del tronco; 5.°, de salida de los hombros. En el

segundo tiempo hay dos movimientos: 1.°, de rotacion exterior, y 2.° de desprendimiento de la cabeza.

En las presentaciones de rodillas y de pies falta el tiempo de reduccion de volúmen, pero los demás son absolutamente idénticos, debiendo solo tener presente, para comprender el mecanismo del parto, que las posiciones calcáneo-anteriores y tibio-anteriores corresponden á las sacro-anteriores, y entre las posteriores hay la misma correspondencia.

Ocupémonos de las posiciones sacro-anteriores.

Si lo que se presenta al estrecho superior de la pélvis es la extremidad inferior del óvalo fetal en conjunto, ofrece ésta un volúmen que no podria estar en relacion con los diámetros del estrecho superior de la pélvis, si no fuese susceptible de disminuir, pero siendo esta disminucion muy fácil, á causa de que el esqueleto óseo de la pélvis del fétus presenta muy reducidos diámetros y las partes blandas pueden ser comprimidas por el cuello uterino sin el menor inconveniente, claro es que el primer tiempo del parto y el segundo, que es su consecuencia inmediata, se efectúan sin obstáculo.

Respecto á los tiempos 3.°, 4.° y 5.°, si la posicion es sacro-cotiloidea izquierda, apénas entrada la extremidad presentada del fétus en la escavacion, tiene que acomodar su diámetro mayor al mayor de la cavidad pélvica, y para conseguirlo verifica un movimiento de rotacion, en el que el diámetro bis-ilíaco del fétus se dirige de delante atrás y de derecha á izquierda, con relacion á la pélvis de la madre, de manera á colocarse la nalga izquierda de aquel bajo el árcade de los púbis de ésta sirviendo de punto fijo ó centro del movimiento al que hace la nalga derecha, recorriendo la cara anterior del sacro de la madre, la del cóccix y el plano que presenta el periné,

para salir luego al exterior, desprendiéndose entónces la nalga izquierda del fétus. Continúa el tronco de éste su movimiento de salida hasta que llegan los hombros, en cuyo caso el izquierdo es tambien el que se apoya bajo el árcade de los púbis y el derecho el que recorre la escavacion y el plano perineal, hasta salir al exterior, desprendiéndose entónces el hombro izquierdo.

Terminada la salida del tronco del fétus hay un momento de reposo, despues del cual continúa el parto. Vése entónces hacer al tronco el movimiento de restitucion ó de rotacion exterior, durante el cual el hombro izquierdo del fétus se dirige hácia la parte interna del muslo de la mujer, quedando entónces (si no se ha desdoblado la cabeza con una traccion imprudente) el diámetro sub-occipito-bregmático en relacion con el antero-posterior del estrecho inferior de la pélvis de la madre, y siendo por lo tanto muy fácil el desprendimiento total del fétus.

Si la posicion es sacro-cotiloidea derecha, la nalga derecha del fétus y el hombro derecho son los que se colocan debajo del árcade de los púbis, y la nalga y el hombro izquierdos los primeros que se desprenden, siendo en el movimiento de rotacion exterior, el lado derecho del fétus el que se dirige hácia el muslo izquierdo de la mujer.

Cuando el sacro del fétus mira directamente á la sínfisis púbica de la madre, falta el movimiento de rotacion interior y el de restitucion, aunque lo más general es que ya las nalgas en la escavacion, esta tercera posicion se cambie en segunda ó en primera.

En las posiciones sacro-posteriores, que rara vez son directas (es decir, sacro-sacras), la extremidad inferior del óvalo fetal atraviesa el estrecho superior, relacionán-

dose su diámetro bis-ilíaco ó bis-trocantéreo con uno de los oblícuos ó con el trasversal (si fuese la posicion directa); ya en la escavacion y al franquear el estrecho inferior apoya la nalga izquierda (si la posicion es sacro-sacro-ilíaca izquierda) ó la derecha (si es sacro-sacro-ilíaca derecha) bajo el árcade púbico y se verifica el desprendimiento de las nalgas y luego el de los hombros, quedando la cabeza del fétus en posicion occipito-posterior, y debiéndose por lo tanto cuidar mucho de que no verifique la extension, si se quiere que el parto termine por los solos esfuerzos de la naturaleza.

Nada diré en este lugar ni de las posiciones desviadas ni de las presentaciones de tronco, ni de los accidentes que pueden complicar el trabajo del parto, bien esencial, bien accidentalmente, porque nada de esto pertenece á la fisiología normal, y de esta me ocupo actualmente. Así es que pasaré en seguida á tratar de

B.—CONSECUENCIAS NATURALES DEL PARTO.

Inmediatamente despues de salir el fétus y las secundinas en un parto completamente natural, el orificio interno del cuello uterino se contrae, aunque el externo subsiste áun dilatado cierto tiempo, y poco á poco el cuerpo de la matriz va contrayéndose y disminuyendo de volúmen, al paso que su cuello se alarga y va tomando la consistencia y la longitud que tenia antes del embarazo. Hácia los treinta dias despues del parto tiene la matriz el mismo volúmen que antes del embarazo, aunque la hendidura de su cuello es mucho más pronunciada y casi angular, y en los labios de ella se observan algunas cicatrices. Para ese tiempo se han aproximado las dos hojas de los ligamentos anchos y acortado los re-

dondos. Al rededor de esta misma época, es decir, á los treinta dias del parto, la vagina cuya longitud se habia aumentado, recobra su extension normal, apareciendo nuevamente sus pliegues trasversales y adquiriendo el tono que habia perdido, si no ha habido durante el parto roturas de la orquilla ó áun del periné, pues estas se cicatrizan cada lábio de la herida aisladamente.

Pero para que todo vuelva á su estado normal, es preciso que se verifiquen ciertos fenómenos que no pueden pasar desapercibidos para el fisiólogo. Desde luego, y una vez concluido el parto, empieza á salir por la vulva un flujo procedente del útero, que al principio es sangre pura, luego ésta mezclada con un líquido blanco y por último es totalmente purulento. Este flujo ha sido llamado loquial, y los lóquios se han dividido en sanguíneos, muco-sanguíneos y purulentos. La salida de ese líquido se hace en las primíparas sin dolor, y en las multíparas con unos dolores que son intermitentes y se han llamado cólicos uterinos ó *entuertos*. Además de esto, y en los dias que siguen inmediatamente al parto, se establece la secrecion de la glándula mammaria. Permítanseme dos palabras sobre cada uno de estos fenómenos fisiológicos, secrecion loquial, cólicos uterinos y secrecion láctea.

1.°—SECRECION LOQUIAL.

Se llaman lóquios á las materias que salen de la vulva desde el momento del parto hasta un espacio de tiempo que varia desde quince dias á un mes. En algunas mujeres se prolonga este flujo hasta las seis semanas ó los dos meses, época en que sobreviene la vuelta de las reglas ó el *partillo*, como ellas le llaman.

Los lóquios se dividen en sanguíneos, que duran hasta

las doce ó quince horas despues del parto, sanguinolentos hasta la fiebre láctea, serosos hasta el octavo dia y purulentos ó lechosos hasta su terminacion. Tienen un olor *sui generis* más ó ménos fuerte, segun las mujeres y el aseo que guarden.

Los lóquios sanguíneos son sangre pura muy rica en leucocitos; en los sanguinolentos sólo hay una tercera parte de sangre, algo ménos de glóbulos blancos, y numerosas células epiteliales, nadando todo esto en un líquido sembrado de granulaciones moleculares grises y gránulos grasientos. Desde el segundo dia va aumentando el número de los glóbulos blancos, al paso que disminuye el de los rojos, llegando éstos á desaparecer; y hácia el octavo dia los lóquios están formados sólo de un líquido blanco amarillento más ó ménos espeso, constituido por serosidad combinada con detritus del huevo y las mucosidades del órgano; y más tarde aún, es un verdadero flujo purulento, análogo á los flujos no contagiosos de la uretra.

La secrecion loquial suele suspenderse á las cuarenta ó sesenta horas del parto, durante la fiebre láctea, aunque en algunas sólo está disminuida su cantidad, y cuando vuelve á establecerse la secrecion, son al principio sanguinolentos, aunque muy pronto se hacen serosos, como he indicado más arriba. La cantidad de los lóquios es variable, segun que se trate de una primípara (en que es menor) ó de una multípara, y áun en estas, segun la fuerza de su constitucion, y por consiguiente, la mayor ó menor contractilidad del útero, y la facilidad que tenga esta entraña de volver á su estado anterior. Cazeaux cita el caso de la esposa de un comprofesor, que habiendo tenido lóquios abundantes en un primer parto, en el segundo faltaron completamente, sin que hubiese ningun

trastorno en su salud por esto. Van Swieten habla de varias mujeres que solo los han tenido algunas horas.

La cantidad del flujo loquial es muy variable, siendo mayor durante las primeras veinte y cuatro horas y en los cuatro dias siguientes que en los demás, siendo más considerable en las multíparas y en las que no lactan, que en las que se hallan en condiciones opuestas.

2.°—CÓLICOS UTERINOS Ó ENTUERTOS.

Poco tiempo despues de la salida de las secundinas, empiezan á presentarse unos dolores poco intensos al principio y más graduados luego, hasta el punto de hacer lanzar gritos á las mujeres, cuyos dolores son debidos á la contraccion de la matriz, como es fácil convencerse colocando la mano sobre el hipogastrio durante ellos, sintiendo entónces endurecerse la matriz bajo la mano. Cada dolor es seguido inmediatamente de la expulsion de algun coágulo ó de cierta cantidad del flujo loquial. Son completamente intermitentes, no se observan generalmente en las primíparas, son más fuertes y frecuentes y duran más tiempo en las mujeres que han tenido un parto rápido que en las que ha sido largo y doloroso. Duran generalmente hasta los seis ú ocho dias, se suspenden durante la fiebre láctea, y por lo comun despues de ella ya no tienen mucha intensidad.

3.°—SUBIDA DE LA LECHE.

Aunque desde el principio de la gestacion segregan las mammas un líquido muy claro de color amarillento y de sabor ligeramente azucarado, esta secrecion es muy escasa, y aunque despues del parto aumenta algo en can-

tidad y se hace más espeso (*callostrum*), aún no basta para las necesidades del nuevo ser, y en esta última época más bien es un líquido de propiedades laxantes que facilita, como veremos á su tiempo, la expulsion del meconio (*herrado*, como le llama el vulgo), que un alimento.

De las cuarenta á las sesenta horas despues del parto las mammas se tumefacen considerablemente, produciéndole á la mujer una tension dolorosa, no tardando en sobrevenir un movimiento febril que, escaso y áun pasando desapercibido á veces, en ocasiones sobreviene un calosfrio bastante intenso, al que sigue un considerable aumento de calor, cefalalgia frontal, aceleracion considerable del pulso y sed intensa, no siendo muy raros los casos en que hay delirio y convulsiones, y coincidiendo en todos con la supresion de los loquios. Un sudor más ó ménos copioso termina el acceso febril á las doce ó diez y ocho horas, volviendo á aparecer el flujo loquial y siguiendo la convalecencia del parto una marcha satisfactoria, aunque se han observado casos en que el movimiento febril ha durado 24, 48 y hasta 72 horas.

Despues de esta fiebre que se ha llamado láctea, queda establecida la secrecion de la leche, que es muy abundante en los primeros dias, tanto que no siendo bastante la succion del recien nacido para desocupar los pechos, suelen estos salirse con frecuencia. Cuando el niño mama y despues de un breve rato de hacer la succion, acude la leche en cantidad considerable, á lo que llaman las mujeres *venir el apoyo*, cuyo fenómeno les produce una sensacion que no deja de ser agradable. Este mayor aflujo de leche sobreviene tambien, áun sin hacer la succion, cuando hace muchas horas que no han dado de mamar.

En las primíparas falta generalmente la fiebre láctea ó es muy poco intensa. Tambien ocurre lo mismo en las

que se ponen el niño al pecho poco despues del parto, sin que sea un caso notable observar mujeres en que, sin existir ninguna de estas circunstancias, falta igualmente dicha fiebre.

En las mujeres que crian, es frecuente que mientras dura la lactancia falte la menstruacion, á lo ménos en los diez ó doce meses siguientes al parto, y esto es lo que llaman ellas *guardar la leche*. En algunas el flujo menstrual sólo se observa cada dos ó tres meses, siendo las ménos en las que aparece mensualmente.

Sin embargo, en todas se observa á las cinco ó seis semanas un flujo sanguíneo abundante que llaman el *partillo*, y que en algunas es el principio de la nueva serie de pérdidas mensuales.

Aplazo para la seccion tercera tratar de la lactancia, último de los actos de la reproduccion de la especie, pues debiendo allí ocuparme de los medios de suplir á la lactancia materna, así se evitan repeticiones.

SECCION 2.ª

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA EDAD NUBIL É INDEPENDIENTES DE LA GESTACION Y DEL PARTO.

LECCION XIII.

Necesidad de un exacto conmemorativo para el diagnóstico de las enfermedades propias de la mujer.—Exámen subjetivo.

Aunque en el diagnóstico de las enfermedades que comprenderé en esta seccion, rara vez será necesario usar los medios de exploracion que en otras de que trataré más adelante, sin embargo, como esa necesidad surge en alguno casos, he creido conveniente tratar en este sitio de los medios de exámen con que hoy cuenta la ciencia.

Tambien para evitarme digresiones y repeticiones inútiles en muchos puntos de esta obra, diré algunas palabras acerca de la terapéutica general de las enfermedades propias del sexo, correspondiendo igualmente así al carácter esencialmente práctico que deseo tenga este tratado.

Hay afecciones, y á su cabeza la mayoría de las que se presentan en los ojos, para cuyo diagnóstico basta la inspeccion del órgano enfermo, de la que no solo obtenemos los datos necesarios para juzgar con acierto del estado actual y hacer un pronóstico seguro, sino que tambien

para rectificar indicaciones que inocente ó intencionadamente puedan hacernos los pacientes. ¿Qué importa, en efecto, que un enfermo nos niegue tenazmente y de una manera absoluta una sigilacion sifilítica, si el color cobrizo del íris, la presencia de un condiloma cerca del borde libre de esta membrana y la coexistencia de una queratitis punteada con aquella iritis de forma crónica, nos indica, sin dar el menor motivo á la duda, la naturaleza sifilítica de la afeccion?

Pero no sucede esto con las propias del sexo femenino. La existencia en la pequeña edad de una raquitis puede ponernos en camino de hacer constar una estrechez pélvica que va á hacer muy difícil un parto; ciertas alteraciones de la menstruacion nos suelen llevar como por la mano al hallazgo de un tumor ovárico como causa de una ascitis; los fenómenos característicos de una metritis crónica nos explican la frecuencia de los abortos en otra mujer, etc. etc.

Es, pues, indispensable la investigacion del conmemorativo para hacer un buen diagnóstico en las enfermedades especiales del sexo femenino. Pero no se trata solo de un conmemorativo general, es decir, el que se necesita para las enfermedades comunes á los dos sexos, sino que merece un particular cuidado el estudio de las alteraciones de el aparato generador. «Tres modos de manifestacion (dice West), separados ó unidos, se encuentran en las afecciones de los órganos de la generacion de la mujer, á saber: desarreglo de la funcion, alteracion de la sensibilidad y cambio de textura.»

Considerada á la mujer como tal, áun prescindiendo de su aparato generador, reconociendo en ella un desarrollo considerable del sistema nervioso y mirando á éste como capaz de influenciar y á su vez ser influenciado en

todas las alteraciones materiales del resto de su organismo, ese sistema es el que principalmente ha de merecer nuestra atencion, y el conocimiento de las neurosis (causa de la mayor parte de las enfermedades de la mujer y á su vez enfermedades de importancia suma), y el de las neuralgias (voz con que en ellas contesta la naturaleza siempre á todas ó la mayor parte de las alteraciones materiales) deben ocuparnos en primer término. En un amor contrariado, causa inmediata de frecuentes convulsiones histéricas, nos encontramos á veces el orígen de una gravísima alteracion, no dinámica, sino material, del útero. Una gastralgia rebelde se halla en ocasiones bajo la absoluta dependencia de una metritis mucosa. Debemos, pues, en la mujer, tener muy en cuenta siempre los trastornos del sistema nervioso, investigando cuidadosamente si son primitivos ó consecutivos, es decir, si son la causa ó el efecto de las afecciones, para que somos consultados.

En cuanto á el exámen de las funciones del aparato generador, no veo inconveniente en seguir el modo propuesto por West, es decir, investigar *el desarreglo de la funcion, la alteracion de la sensibilidad y el cambio de textura.*

Siendo el ovario el órgano principal del aparato generador de la mujer, y la ovulacion la funcion de ese órgano, ovulacion de la cual la evacuacion sanguínea periódica es solo un fenómeno, claro es que al averiguar el estado de esta funcion accesoria en sí misma (la menstruacion), pero á la que el vulgo dá una inmensa importancia, tenemos que remontarnos á la idea y á la investigacion del estado de la funcion principal (ovulacion). Esta puede verificarse perfectamente, áun faltando aquella, siendo entónces la amenorrea, no un síntoma de una

alteracion del aparato sexual de la mujer, sino la expresion elocuente de un estado general del organismo, que no permite esa pérdida periódica. Diariamente vemos mujeres tísicas amenorréicas que atribuyen la tísis á la supresion menstrual, y que á pesar de su amenorrea se hacen embarazadas; ¿y esto qué significa? Que el depauperamiento del organismo por un lado y por otro el activísimo trabajo que se está actuando en los pulmones, impiden que haya congestion alguna en cualquier punto que no sea el aparato respiratorio, pero no el que todos los órganos ejecuten sus funciones, si bien con la lentitud y las irregularidades que el estado general exije, y por lo tanto en el ovario continúan las vesículas de Graaff llegando á su madurez y rompiéndose y dejando escapar al óvulo; y si durante esta postura periódica sobrevienen circunstancias favorables, la fecundacion se llevará á cabo y la concepcion y la gestacion tendrán lugar. ¿Y á cuántos errores no podriamos ser llevados, si partidarios de la omnipotencia del aparato sexual femenino hubiéramos visto en esa amenorrea la causa de todos los trastornos patológicos de la mujer?

Por el contrario, si el desarreglo de las funciones generadoras no está bajo la dependencia de un estado general, si la amenorrea no es hija de una tísis pulmonal ni una menorragia es causada por la liquefaccion de la sangre, propia del escorbuto, ni la dismenorrea es síntoma de un estado clorótico, claro es que esos trastornos funcionales son entónces la expresion manifiesta de una alteracion de los órganos generadores. El tiempo, pues, en que aparece el flujo ménstruo, la cantidad y las cualidades de la sangre y la manera de verificarse la pérdida, tienen una importancia notable en el estudio de las enfermedades de la mujer.

En ciertos casos la secrecion vaginal que en el estado normal es solo la suficiente para la lubrificacion de las partes, sufre tambien alteraciones. Ya disminuye y el ardor y áun el dolor que esta xerosis de la mucosa vaginal determina, ocasionan sufrimientos considerables á la mujer; ya está aumentado en su cantidad pero sin alteracion en sus cualidades; ya normal ó aumentado adquiere cualidades ácidas en vez de la alcalinidad que le caracterizaba; ó presenta los caractéres de un pus más ó ménos concreto; ó su coloracion varia; ó lleva en suspension falsas membranas ó detritus orgánicos ó seres organizados propiamente tales, y todas estas metamorfosis que sufre el humor que sale de la vagina y que no siempre como en el estado normal procede de la secrecion de los folículos mucosos y de las glándulas vulvo-vaginales, son de una importancia suma para el diagnóstico.

Respecto á los desórdenes de la sensibilidad pueden ser generales ó locales. Entre los primeros, muchos por sí solos pueden ser el único orígen de todas las alteraciones patológicas. Ya he citado por incidencia que un simple histerismo puede ser la causa de alteraciones graves de los ovarios y de la matriz. ¿Y qué otra cosa es la ninfomanía en el mayor número de casos que una afeccion exclusivamente nerviosa? ¿Dónde podremos encontrar la causa de muchas clórosis (y áun me atreveria á decir que de todas) sino en una alteracion de los nervios ó del encéfalo? Los desórdenes locales de la sensibilidad pueden ser idiopáticos y sintomáticos. Así un dolor gastrálgico intenso puede ser un síntoma de una metritis crónica; una neuralgia lumbo-abdominal de una neoplasia del útero, el clavo histérico su nombre indica en qué enfermedad se presenta. Por el contrario, una histeralgia puede significar que existe una clórosis. Estos desarreglos locales,

pues, que como vemos pueden existir en el aparato generador ó en otros distintos, á pesar de su diversa localidad, suelen indicar un padecimiento especial de la mujer; y por lo tanto precisa al observarlos apreciar su verdadero valor y encontrar su significacion.

Los cambios en la textura de los órganos genitales, cuyo tercer modo de manifestacion de West yo sustituiria diciendo los cambios físicos y químico-vitales ocurridos en los órganos generadores, no se perciben exclusivamente por los sentidos y se aprecian por la inteligencia, sino que para la percepcion que aquellos verifican, es preciso dirigirlos ó aplicarlos de cierto modo y áun auxiliarlos de diversa manera, único modo de que los datos que suministren á la inteligencia tengan verdadero valor.

De la manera de aplicar ó dirigir y auxiliar estos sentidos ó, en otros términos, de los diversos modos de exploracion en las enfermedades de los órganos generadores de la mujer, es de lo que me ocuparé en la leccion siguiente.

LECCION XIV.

Exámen objetivo.—Esploraciones necesarias para hacer un diagnóstico exacto. Palpacion abdominal. Inspeccion simple de los órganos genitales. Esploracion especular. Tactos vaginal y rectal. Caterismos uterino y uretral.

Es muy frecuente en la práctica tropezar con una gran resistencia en la mujer á dejarse examinar sus partes genitales, pero rara, muy rara vez se encuentra alguna en la que el interés de su salud y las juiciosas razones de un profesor de reputacion moral intachable, dejen de vencer su resistencia. Es, pues, de interés al médico adquirir y conservar justamente esa reputacion que lo convierte, en lo que debe ser, en un sacerdote de la ciencia.

A.—PALPACION ABDOMINAL.

Entre los medios de explorar el estado de los órganos genitales, el más sencillo es la palpacion abdominal que nos puede revelar algunas alteraciones de los ovarios y del útero. Para practicarla colocaremos á la mujer en decúbito dorsal, con las piernas dobladas sobre los muslos y estos sobre el vientre y algo separados, y la cabeza y espaldas elevadas por una ó dos almohadas. En esta posicion se encuentran relajadas las paredes abdominales, y si bien en el estado normal hallaremos signos negativos, son de mucho valor los positivos que podremos encontrar en el estado patológico.

En semejantes estados, la presencia de un tumor en el vientre nos lleva por su situacion á investigar cuál es el órgano en que reside, y su forma, consistencia, tamaño y grado de sensibilidad, nos suministran datos inapreciables. En ciertas ocasiones en que la gran cantidad de grasa que tienen las paredes abdominales, ó el líquido contenido en la cavidad peritoneal impiden hacernos cargo de los límites y naturaleza del tumor, la percusion es un auxiliar poderoso, y en ocasiones la succusion completa los datos que la inspeccion nos habia suministrado. Con frecuencia se usa la auscultacion en el diagnóstico del embarazo.

B.—INSPECCION SIMPLE.

Otro de los medios de aclarar el diagnóstico consiste en la simple inspeccion de los órganos genitales externos, para verificar la cual, así como para hacer la exploracion especular, se coloca á la mujer acostada á través con las espaldas y la cabeza levantadas por dos ó tres almohadas, y de modo que sus caderas correspondan al filo de la cama, para sostenerla en cuya posicion se le hacen doblar los muslos y las piernas, como dije anteriormente, y apoyar los pies en dos sillas de la misma altura próximamente que la cama, colocadas una á un lado y otra á el otro, dejando entre ambas una corta separacion, frente á la que se coloca el profesor, pues á ella deben corresponder los órganos genitales de la mujer. En las clínicas en que hay que practicar muchos reconocimientos, suele haber una camilla, que es una cama corta, de madera, escotada en el centro de la parte que corresponde á los pies, con dos travesaños fuertes de madera, uno á cada lado de la escotadura, y un espal-

dar que forma un plano inclinado, cuyo ángulo de inclinacion puede aumentar ó disminuir por medio de unos tornillos ó clavos, con los que se sujeta el espaldar á la altura conveniente. M. Mattei ha hecho construir un sillon de reconocimientos, la parte posterior de cuyo espaldar puede ponerse horizontal sirviendo de cama, teniendo ese espaldar la inclinacion debida, y sus pies la sujecion necesaria para llenar el mismo objeto que la camilla que he descrito.

Colocada la mujer en la posicion que queda dicha, y situado el profesor frente á ella con una rodilla doblada en tierra, coloca los dedos índice y medio de cada mano, poniendo ésta en una pronacion exagerada, en la cara interna de cada lábio mayor (la mano derecha sobre el lábio izquierdo y la izquierda sobre el derecho) y los separa fuertemente, lo que basta para ver perfectamente el estado de la cara interna de los lábios dichos, las dos caras de los menores, el vestíbulo y las partes en él situadas, la abertura exterior de la vagina, la fosa navicular y la orquilla. Para este exámen, y principalmente para el especular, se han usado varios reflectores, de los que los principales son el reflector de Leblond, y el pantoscopio de Mathieu, aunque generalmente basta la luz de un cerillo enroscado en el cabo de una cuchara y colocado delante de el cazo de la misma, el cual sirve de espejo reflector.

El reflector de Leblond consiste en un tornillo de presion destinado á fijar el instrumento al borde de una mesa ó sobre una de las sillas que sostienen los piés de la enferma. De ese tornillo parte un vástago metálico hueco compuesto de dos tubos que se deslizan uno dentro del otro, permitiendo por lo tanto prolongarlo cuanto se quiera, y por su extremidad libre sostiene con una articu-

lacion que permite todos los movimientos á otro vástago muy corto destinado á recibir la bugía: el vástago mayor tambien tiene en su union con el tornillo de presion una articulacion circular.

El pantoscopio de Mathieu que como es sabido sirve para la exploracion del oido, de la laringe, de la uretra y áun de los ojos, se aplica tambien como medio de iluminacion en la exploracion uterina.

C.—EXPLORACION ESPECULAR.

El instrumento destinado á ver el cuello del útero parece haber sido conocido por los antiguos; pero Recamier en 1821, fué el que introdujo modernamente su uso. Él empleaba un cilindro metálico cónico, redondo en su extremidad uterina y cortado en bisel en la otra, pero en la actualidad son tantos los instrumentos de esta clase que se han inventado, que ha sido preciso clasificarlos. Así es que se les ha dividido en univalvos y poli-valvos, segun que constan de una ó más piezas ó valvas. Los primeros por la materia de que están construidos pueden ser de madera, de hueso, de cristal, de porcelana y metálicos; y por su forma cilíndricos y cónicos, hallándose unos y otros fenestrados ó no.

El de Recamier he dicho que era metálico y cilíndrico. El de Churchill es un tubo metálico tambien, de figura casi cónica, cerrado en la extremidad que ha de ser uterina y con una ventana lateral que coje casi toda su longitud; sirve para la exploracion de la vagina, que se puede ver en toda su extension, haciendo solo girar circularmente el espéculum. Fergusson ha inventado un espéculum cilíndrico, cuya extremidad uterina está cortada oblícuamente en un ángulo mayor de 45° y la otra extre-

midad termina en forma de embudo: este espéculum es de cristal cubierto de estaño en su superficie externa y rodeado de muchas capas de algodon untadas con goma láca y barnizadas luego exteriormente. El espéculum de Cárlos Mayer tiene la misma forma que el anterior del que se diferencia en ser de porcelana, y tanto de este como de aquel hay cuatro calibres diferentes. Los espéculums de hueso ó de madera (con especialidad éstos) son análogos al de Recamier, aunque llevan generalmente un conductor de madera y se usan casi exclusivamente para destruir ciertas fungosidades ó modificar determinadas úlceras, etc. etc., con el cauterio actual.

Los espéculums polivalvos son todos metálicos y los hay formados de dos piezas (bivalvos), de tres (tri-valvos) y de cuatro (cuatri-valvos).

El más usado de los bi-valvos es el de Ricord formado por dos medias-cañas metálicas que, cuando el instrumento está cerrado, representan un cono truncado por la extremidad uterina: cada una de las dos valvas tiene una lijera concavidad exterior, es más ancha en la extremidad vaginal, en la que no se juntan tampoco sino que hay un pequeño espacio que las separa, y se halla provista cada una de un mango en direccion divergente uno del otro: entre las dos valvas se introduce un vástago metálico que sobresale por ambas extremidades, tapándolas y presentando por la uterina una superficie redondeada; este es el conductor que facilita la introduccion del instrumento, el cual una vez colocado se aproximan los dos mangos, lo que dá por resultado: primero, que quede sin sujecion el conductor, el cual se extrae; y segundo que desaparezca la separacion anterior de las valvas del instrumento y se separen en su extremidad posterior, cambiándose por lo tanto la base del cono que entónces se

encuentra hácia atrás, y colocándose el cuello uterino en la abertura así como tambien dos porciones, una superior y otra inferior de la vagina entre la separacion posterior de las valvas. Para hacer desaparecer este inconveniente, el mismo Ricord le ha agregado otras dos valvas de idéntica forma, una superior y otra inferior, las cuales son susceptibles de ser quitadas siempre que sea preciso.

Otro espéculum bi-valvo es el de Mme. Boivin, formados de dos semi-cilindros perfectos, unidos por su extremidad anterior á dos barras de cobre, una hueca y otra sólida destinada á deslizarse sobre la primera con auxilio de una rueda dentada y de una llave, verificándose así la separacion de las valvas.

En el espéculum bi-valvo de Coxeter, tambien cilíndrico, las extremidades anteriores de las dos valvas están reunidas por un tornillo con el que se puede graduar el grado de separacion que hay que darles.

El tri-valvo de Segalas y Charriere (ó de cualquiera de estos dos autores, pues con el nombre del uno y del otro lo he visto descrito) se compone, una vez desenvuelto, de un cilindro perfecto, pero sus valvas están dispuestas de un modo que al cerrarse se queda formado un espéculum bi-valvo, y la valva que corresponde á la derecha cubierta totalmente por otra que al abrirse el instrumento ha de ser superior. Esta valva puede quitarse con facilidad, áun abierto el instrumento, y de este modo, despues de haber examinado el cuello del útero, se puede explorar perfectamente la vagina. Tambien tiene un conductor.

Hay además otros espéculums para operaciones especiales, como por ejemplo, el de Marion Sims, de los que hablaré en su tiempo oportuno.

Todos estos espéculums pueden servir en circunstancias determinadas. El de Fergusson es muy útil para ver el cuello uterino y practicar en él cauterizaciones con el nitrato de plata ó con sustancias líquidas; el de Churchill solo sirve para explorar la vagina, pero en cambio el bivalvo de Ricord tambien nos puede permitir este exámen. El de madera ó de hueso es indispensable para las cauterizaciones con el hierro candente. Con estos espéculums, pues, basta para las necesidades de la práctica.

Para usar el espéculum, colocamos á la mujer en la posicion que queda indicada para la inspeccion simple, se practica primero el tacto vaginal, como indicaré en seguida, y dejando introducido en la vagina el dedo índice derecho con su cara palmar mirando al lado derecho de la mujer, para que sirva de guia para la introduccion de la extremidad del espéculum, tomamos éste, préviamente untado de grasa en el exterior, con la mano izquierda y lo hacemos correr la cara palmar del dedo índice derecho, el cual abandona la vagina en el momento en que la extremidad del espéculum empieza á entrar en ella: continuamos en seguida introduciendo el instrumento haciéndole verificar ligeros movimientos de va-y-ven ó semi circulares hasta que esperimentamos la sensacion de una resistencia vencida (que es opuesta por el esfinter de la vagina); empujamos en seguida el instrumento directamente y cuando tropezamos con el cuello uterino sacamos el conductor y separamos las valvas, si el instrumento es polivalvo, ó lo dejamos en posicion. Aproximando la luz nos convencemos acto contínuo de si el cuello del útero se encuentra ó no en la abertura del espéculum y en caso negativo hacemos varios movimientos con aquel, los cuales no son para explicados sino indicados por la práctica, y llegamos, por último,

á percibir claramente el repetido cuello, pudiendo entónces practicar en él las operaciones que hayamos determinado ó limitarnos al exámen.

Para una buena exploracion uterina necesitamos un pincel de hilas para limpiar el cuello de las mucosidades que á menudo impiden la vista de las lesiones que deseamos percibir.

Tambien aconsejan muchos, y es buena práctica, bañar el espéculum en agua caliente antes de colocarlo, para librar á la mujer de la desagradable impresion que puede producirle el contacto con un instrumento frio.

D.—TACTO VAGINAL.

Puede hacerse estando la mujer de pié ó sentada, siendo preferible la primera posicion cuando queramos hacer constar el grado de prolapsus de la matriz ó el peloteo en los casos de embarazo.

Para practicarlo nos valemos del dedo índice de la mano derecha, préviamente engrasado, doblando los otros tres dedos sobre la mano y el pulgar sobre estos ó manteniéndolo en una abduccion forzada. Si vamos á reconocer á la mujer de pié, la hacemos apoyar contra una pared ó una cómoda ó cualquier cuerpo duro y nos colocamos frente á ella doblando la rodilla izquierda y apoyando sobre la derecha el codo de este lado. En seguida y despues de haber alzado con precaucion las ropas, vamos á buscar con el índice derecho el pliegue inguinal izquierdo de la mujer, y cuando lleguemos al límite inferior de éste, dirigimos aquel directamente de izquierda á derecha, con lo que tropezaremos fácilmente con el orificio externo de la vagina. Otros aconsejan aplicar el índice directamente al periné, conduciéndolo luego len-

tamente de atrás adelante hasta tropezar con la abertura indicada. Con el objeto de fijar la matriz mientras se practica el tacto vaginal, se aplica la palma de la mano izquierda, con el borde radial hácia abajo, sobre la region hipogástrica de la mujer.

Para practicar el tacto dicho en la posicion horizontal, se hace colocar á la mujer en su lecho con los muslos doblados sobre la pélvis y las piernas sobre los muslos y separados estos últimos entre sí, y nos situamos al lado derecho de la cama de la mujer.

E.—TACTO RECTAL.

Generalmente se hace hallándose acostada la mujer, y hay que tener en cuenta que con este medio de exploracion solo podemos cerciorarnos del estado del tabique recto vaginal y del tercio inferior de la matriz. Sin embargo, es un poderoso medio para diagnosticar los hematoceles ó los abscesos retro-uterinos y ciertos casos de tumores del ovario.

F.—CATETERISMO UTERINO.

Es un medio usado antiguamente, pero no reivindicado su uso hasta una fecha muy reciente por Simpson y Kiwisch (1842 á 43), aunque Lair lo usó antes que estos (en 1825 al 28). La sonda de Simpson es de un metal flexible con la forma, corvadura y calibre de la sonda de hombre, pero llevando un pequeño engrosamiento en la punta para no herir el fondo uterino. La de Kiwisch es una varilla de 28 á 30 centímetros de longitud, encorvada cerca de su punta que termina en un boton del grosor de un guisante. A 58 milímetros de este boton hay una pequeña eminencia en la convexidad de la sonda, que indica la longitud media de la cavidad de un útero sano; y á los

105 milímetros una profunda depresion que señala una longitud que, salvo muy contadas excepciones, nunca llega á tener. La otra extremidad de la sonda está adaptada á un mango de madera que facilita notablemente su uso. La sonda de Valleix se diferencia de la anterior en que es más pequeña su corvadura y en vez de la elevacion y la depresion lleva una corredera que deslizándose sobre la sonda y pudiendo fijarse en un punto dado, puede indicarnos con certeza el punto hasta donde penetró el instrumento.

Para usar esta sonda se coloca á la mujer como para la exploracion especular, se introduce en su vagina el dedo índice izquierdo hasta llegar al orificio uterino, sobre el que se deja apoyada la extremidad de aquel, y tomando la sonda con la mano derecha de manera á que su concavidad mire hácia delante, se la introduce por la vagina sin abandonar nunca la cara palmar del índice izquierdo, el cual á su llegada al orificio uterino es el encargado de dirijir la punta de aquella, restando solo ir introduciendo lentamente el instrumento con movimientos rotatorios y de vaiven hasta pasar la abertura uterina del cuello uterino, pasada la cual ya entra con facilidad. Es preciso tener en cuenta que siempre que hallemos un obstáculo se debe retroceder con la sonda, pues si nos empeñamos en introducirla á viva fuerza, podemos hacer correr graves riesgos á la enferma.

G.—CATETERISMO URETRAL.

En ocasiones tendremos que practicarlo, combinándolo con el tacto vaginal, para aclarar algun diagnóstico y principalmente cuando se trata de las fístulas vésico-vaginales y vésico-uterinas.

LECCION XV.

Medios especiales de tratamiento empleados en las enfermedades de las mujeres. Sanguijuelas y escarificaciones al cuello uterino. Ventosas secas y escarificadas. Aplicacion de sustancias sólidas. Tampones y pesarios medicamentosos. Tópicos líquidos y gaseosos. Cauterizaciones. Medicamentos aplicados en el interior de la matriz. Inyecciones y cauterizaciones intra-uterinas. Ventosa seca intra-uterina. Galvano-cáustica.

Parece oportuno decir algunas palabras acerca de la aplicacion de ciertos medicamentos que creo imprudente confiar á otras personas que no tengan la instruccion necesaria para ello.

Entre ellos figuran en primer lugar las evacuaciones tópicas de sangre, que pueden hacerse por medio de las sanguijuelas ó con escarificaciones. Para aplicar las sanguijuelas, se coloca un espéculum de Fergusson ó de Mayer, procurando que el cuello de la matriz se engaste perfectamente en su extremidad; se limpia el cuello con una torunda de hilas llevada con unas pinzas largas, se pone un tampon de hilas en el orificio uterino que está algo dilatado, y se echan en el espéculum las sanguijuelas que van á ponerse, empujándolas y manteniéndolas sostenidas con otra torunda gruesa de hilas. Generalmente á los diez minutos han hecho presa todas, y cuando se caen, la hemorragia cesa con facilidad. Si se prefieren las escarificaciones se hacen, despues de puesto el espéculum, con un escarificador de forma ordinaria con mango

largo, sin que yo vea utilidad de emplear el escarificador inventado por Scanzoni, que aumenta inútilmente el arsenal quirúrgico. Si se quiere obtener mucha sangre de las escarificaciones, se aplica sobre las cisuras una ventosa de bomba, muy estrecha, y se hace el vacío.

Esa ventosa de bomba se ha aplicado alguna vez al cuello uterino en ciertos casos de amenorrea, sin precederle las escarificaciones, y esta es la ventosa seca.

Se han usado con frecuencia ciertas sustancias medicamentosas tópicamente al cuello utérino, y para facilitar su aplicacion se han inventado los *pesarios medicamentosos*, cuya base generalmente es cera y manteca en diversas proporciones, á las que se agrega el medicamento que se quiere: este pesario así hecho se introduce por la vagina hasta el cuello uterino, dejándolo allí á que con el calor se deshaga. Con el mismo objeto, y principalmente cuando hay que obrar sobre la vagina, se usan trozos de esponja empapados en diversos líquidos.

Otros tópicos líquidos se llevan á la vagina y cuello uterino por medio de inyecciones, bien practicadas con jeringas de vidrio ó de estaño sin sifon y horadado de muchos agujeros el extremo del cuerpo de bomba, ó con sifon largo, doblado en ángulo recto y con una extremidad olivar con varios agujeros. Tambien se usan para este objeto los baños de asiento ó semi-cupios, cuidando de colocar, mientras duren estos, dentro de la vagina unos espéculums pequeños, casi cónicos, de caoutchout endurecido, sin abertura uterina, pero llenos por todas partes, áun en el punto que corresponderia á aquella, de agujeros de cierta extension. Estos son los llamados espéculums para baños.

Si se quiere emplear la hidroterapia en toda su extension, se puede apelar al irrigador doble de Aran, ó mejor

remitir las enfermas á un establecimiento hidroterápico donde se hallen todos los medios necesarios para emplear el método á conciencia. Yo creo que muchas de las derrotas de este método, las debe á haberse empleado con temor ó por personas imperitas.

No son sólidos y líquidos los únicos medios que se usan en la terapéutica de las enfermedades de las mujeres; se han empleado tambien ciertos cuerpos gaseosos, como el ácido carbónico y los vapores de cloroformo. El aparato más sencillo y cómodo para usar el ácido carbónico es el de Fordos. Consta de un bote de vidrio, de boca no muy ancha, al que sirve de tapon un tubo de estaño cerrado por arriba, que tiene cerca de su extremidad superior un tubo largo (que se desprende del otro en ángulo agudo de abertura superior), cuyo tubo es de goma y se termina en una cánula de hueso, destinada á ser introducida por la vagina. Se echa dentro del bote carbonato de cal y ácido sulfúrico, de cuya reaccion se desprende, como es sabido, el ácido carbónico que por el tubo de goma va al cuello uterino ó al interior de éste, si la cánula se ha abocado á su orificio. A veces en el tubo de estaño se colocan algunos trozos de esponja empapados en cloroformo, con lo que se consigue que los vapores de éste se mezclen con el ácido carbónico.

Scanzoni, para aplicar los vapores de cloroformo, ha inventado un aparato compuesto de una vejiga de goma elástica vulcanizada, la cual tiene una cánula de madera que se adapta por un tornillo á una esfera de laton hueca, susceptible de separarse en dos mitades y destinada á encerrar un poco de algodon empapado en cloroformo: en el polo opuesto de esta esfera se une una cánula uterina: todo el mecanismo consiste en comprimir la vejiga de goma, con lo que el aire se dirije á la esfera, se im-

pregna del cloroformo y es llevado por la cánula á la vagina, al cuello uterino ó la cavidad de éste.

Las cauterizaciones se hacen ó con cáusticos potenciales (nitrato de plata, potasa cáustica, ácido nítrico etc.), los cuales se llevan á la matriz con un lapicero ó con un pincel de hilas, estando colocado el espéculum de cristal ó el de porcelana; ó con el cauterio actual, valiéndose generalmente de un cauterio recto olivar ó cilíndrico, cuidando usar exclusivamente entónces el espéculum de madera ó el de hueso. Ultimamente se ha introducido en la práctica ginecológica el uso del cáustico de gas hidrógeno, de Nelaton.

Al interior de la matriz se emplean para dilatar la cavidad del cuello uterino, los conos de esponja preparada y las sondas de la *laminaria digitata*; unos clavos de plomo parecidos á los de Scarpa que sirven para las vías lagrimales, aunque más largos y con la cabeza más ancha, y unas sondas de Galante, muy parecidas á las anteriores, y que llenan igual objeto. De otros medios como las inyecciones, las cauterizaciones y la ventosa seca intra-uterina, me permitiré decir algunas palabras.

Inyecciones intra-uterinas.—Estas inyecciones han levantado en su contra, cuando empezó á recomendarlas Vidal de Cassis, una inmensa polvareda, atribuyéndoles multitud de inconvenientes, de los que no era el peor la entrada del líquido inyectado en la cavidad peritoneal y la peritonitis mortal que es su consecuencia. Estos argumentos no arredraron, sin embargo, á los médicos, y Gallard principalmente las ha usado en multitud de ocasiones, sin poder registrar un solo caso en que hayan podido producir inconvenientes serios. Ese profesor se sirve para ellas de una sonda flexible de poco calibre que introduce en el cuello uterino, á cuya sonda adapta una jeringa

graduada que contiene el líquido que se pretende inyectar.

Cauterizaciones intra-uterinas.—Se han hecho generalmente con el nitrato de plata, introduciendo la barra de éste en el cuello del útero, y áun dejando licuarse en su interior un trozo de aquella. Jamás he visto el menor inconveniente en esta práctica.

Ventosa seca intra-uterina.—Simpson llama así la siguiente aplicacion. Se toma una sonda metálica, gruesa lo suficiente á llenar la cavidad del cuello uterino, cuya sonda tiene una corvadura análoga á la del eje del estrecho superior y está horadada en su extremidad por multitud de agujeros. Introducida en el cuello uterino se adapta á la externa una bomba aspirante con la que se hace el vacío en el tubo. Simpson ha recomendado mucho este medio en el tratamiento de la amenorrea.

Galvano-cáustica.—La termo-galvano-cáustica tambien se ha usado en la práctica ginecológica, tanto para cauterizaciones como para la extirpacion de tumores del cuello uterino y áun para la del mismo cuello. La pila que se usa generalmente es la de bicronato de potasa inventada en 1854 por Paggendorff, modificada primero por Grenet y últimamente por Trouvé.

LECCION XVI.

Patología de la edad nubil.—Amenorrea. Su division en amenorrea por retencion, por supresion y simpática.—Hemorragias supletorias.

Las enfermedades propias de la edad nubil son, la amenorrea, la dismenorrea, la menorragia, la clórosis, la histeralgia, la ninfomania y la anafrodisia. No quiero decir con esto, ni mucho ménos, que estas enfermedades son exclusivas de esta edad, pues hasta alguna de ellas (la clórosis) se cree en la actualidad que la padecen tambien los hombres, pero presentándose con más frecuencia en la pubertad y poco despues de ella, que en cualquiera otra época de la vida, las he colocado en esta seccion. Trataré, pues, sucesivamente de cada una.

§ I.

Amenorrea.

Los autores del *Compendium de medecine* dicen que la amenorrea puede ser completa ó incompleta, pero esto no puede admitirse ni etimológica ni nosológicamente, pues amenorrea significa literalmente *sin menstruacion*, y hay otra enfermedad, la dismenorrea, que es la que consiste en la dificultad de la menstruacion ó el flujo difícil de ella.

Se ha dividido de muy antiguo la amenorrea en por re-

tencion y por supresion, pero incluyendo en la primera clave la amenorrea que debe llamarse primitiva, es decir, la falta de aparicion de los ménstruos, idea que se aviene muy mal con la palabra con que se la pretende indicar; así es que para evitar que las palabras expresen lo contrario de lo que literalmente significan, dividiré la amenorrea de ese mismo modo, pero llamaré amenorrea por retencion á *la falta de escrecion de la sangre menstrual despues de separada de la masa general* y amenorrea por falta de secrecion (y no por supresion, cuya palabra es más limitada en su significado) *la no separacion del flujo ménstruo del resto de la sangre.*

Amenorrea por retencion.—Puede ser primitiva ó accidental. La primera se observa en las jóvenes que jamás han menstruado y en las cuales se encuentran todos los fenómenos que acompañan á la postura periódica (malestar general, dolores gravativos al hipogastrio y contusivos á los miembros, sensibilidad á la presion en una ú otra fosa ilíaca, etc. etc.), pero la evacuacion crítica, es decir, el flujo ménstruo no se presenta y las molestias que acompañan á la congestion ovárica no desaparecen por completo sino que persisten áun despues de los ocho dias, continuando todo el mes la sensibilidad en el hipogastrio, y un desconsuelo notable hácia los lomos además de un malestar general considerable, no tardando en presentarse cierta turgencia dolorosa en las mammas. Sobreviene la nueva época menstrual y las molestias para la jóven son mucho mayores, apareciendo unos dolores uterinos caracterizando perfectamente á los entuertos ó cólicos uterinos, cuyos cólicos suelen ir aumentando de intensidad hasta hacerse intolerables. Al mismo tiempo se observa un abultamiento progresivo del vientre, que se hace (digámoslo así) á sacudidas mensuales, es decir, aumentándose á cada época

y la jóven pierde completamente el color, la gordura, el apetito y las fuerzas, no siendo estraño que aparezca una fiebre lenta con recargos vespertinos ó nocturnos y abundantes sudores, pudiendo, si no se hiciese un diagnóstico exacto, llegar á sucumbir en medio del marasmo.

En estos casos se trata siempre de un obstáculo á la salida de la sangre, el cual se encuentra desde el orificio interno del cuello uterino hácia afuera. Ya es la obliteracion de ese orificio ó del externo, ya un tabique vaginal membranoso situado á mayor ó menor altura, ya una adherencia de las paredes de la vagina ó la falta de abertura al exterior y áun la no perforacion del hímen. Hé aquí cómo el nombre de amenorrea por retencion se acomoda perfectamente á la enfermedad que vengo describiendo.

Estas imperforaciones á que aludo pueden ser tambien adquiridas y yo las he visto varias veces á consecuencia de partos muy laboriosos en que ha permanecido mucho tiempo la cabeza en la escavacion ó se han hecho tentativas repetidas é imprudentes de aplicacion del forceps ó cualquier otra operacion de obstetricia y en los que han sobrevenido intensas inflamaciones de la vagina y vulva, máxime si se han terminado por gangrena y ha habido lugar al desprendimiento de grandes escaras.

Amenorrea por falta de secrecion.—Ha sido dividida á su vez en idiopática y sintomática, pero yo estoy de acuerdo con Scanzoni en asegurar que las amenorreas de esta clase son siempre sintomáticas. En efecto; hay que tener en cuenta que la menstruacion no es una funcion principal, sino tan solo un movimiento crítico sobrevenido á consecuencia de cada congestion ovárica mensual, ó en otros términos, que la verdadera funcion es la ovulacion, de la cual aquella es solo una consecuencia. Puede existir la ovulacion sin la hemorragia, y la práctica diaria

lo atestigua, pero no puede existir la menstruacion propiamente dicha sin que exista la ovulacion, ó en otros términos, la existencia de lo principal no implica la de lo accesorio, pero no puede haber accesorio sin principal, pues que entónces pasaria aquello á la categoría de esto. Todas las causas, pues, que sean capaces de producir la desaparicion ó la supresion de la menstruacion, tienen necesariamente que obrar ora disminuyendo ó suprimiendo la congestion ovárica que precede y acompaña á la ovulacion ora sobre la ovulacion misma, y solo en aquel caso y en el de que esta funcion haya desaparecido, es como desaparecerán las reglas. Hé aquí con cuanta sinrazon se suponia que podia ser idiopática la supresion de una funcion que realmente no lo es tal ó cuando más es una parte tan solo de otra funcion primordial.

Diariamente y á medida que se perfeccionan los medios de exploracion va confirmándose más y más esta verdad y el estudio de la metritis parenquimatosa que es sabido cuenta muy frecuentemente á la amenorrea entre sus síntomas, ha venido á demostrar (aparte de la naturaleza sintomática de esa amenorrea), que puede consistir la falta de la menstruacion en la imposibilidad de ser exhalada la sangre por los vasos de la matriz, y que esta variedad que con tanta facilidad puede engendrar y engendra una hiperplasia del útero, debe colocarse entre las amenorreas por retencion.

La amenorrea por falta de secrecion puede ser constitucional ó dependiente de un estado general de la constitucion, y local ó debida á un estado particular de los órganos genitales. Hay otra forma llamada simpática.

Entre las causas de la amenorrea constitucional deben contarse en primer término todas aquellas que retardan el desarrollo de la mujer. Es de observacion que en las mu-

jeres linfáticas es más tardía la presentacion de las reglas que en las de temperamento nervioso, y que la erupcion de ella es más precoz en las grandes poblaciones que en los pueblos de campo, en las mujeres que se entregan á la molicie que en las que se dedican á trabajos fuertes. El habitar en sitios bajos, húmedos y mal ventilados, la mala alimentacion, las pasiones de ánimo, las vigilias prolongadas, los trabajos excesivos, todas estas son causas capaces de producir una hidroemia ó una clórosis, de la que puede ser sintomática la afeccion de que nos ocupamos. El estado pletórico suele igualmente retardar la primera aparicion de las reglas ó suprimirlas despues de establecidas.

Los síntomas de la amenorrea constitucional son los de la enfermedad ó del estado general, bajo cuya dependencia se encuentra, es decir, de la hidroemia, de la clórosis, de la plétora. En unos casos hallándose suprimida la ovulacion no hay trastorno local alguno y la falta de las reglas es el único síntoma que se presenta: otras veces la ovulacion subsiste y entónces es cuando se nota á cada época que debiera ser menstrual ese malestar general, peso á la pélvis, dolores al hipogastrio y parte interna de los muslos, cólicos uterinos, sensibilidad á las mammas, etc., de que tantas veces he hablado, y en ocasiones, aunque no subsista luego, se presenta un flujo leucorréico más ó ménos abundante.

Cuando la ovulacion no existe, y esto sólo se verifica en los casos de pubertad tardía ocasionada por cualquiera de las causas anteriormente indicadas, no se resiente gran cosa el aparato genital de la mujer de la falta de menstruacion, y una vez desaparecido el estado general, la pubertad sobreviene y todo se ha concluido. Pero cuando mensualmente tiene lugar la congestion ovárica y las vesículas de Graaf llegan sucesivamente á su madurez, y

tiene lugar, en una palabra, lo que he llamado la postura periódica (fenómeno que se anuncia por la aparicion de los síntomas á que más arriba aludo), no puede permanecer incólume el útero. Las congestiones periódicas á que se vé sujeto, van determinando en él un trastorno en su nutricion que origina su hiperplasia y áun la produccion de neoplasias de mayor ó menor trascendencia. He visto una jóven de 18 años de edad, jamás menstruada, la que desde los 14 años experimentaba mensualmente los desórdenes que he indicado como reveladores de que la ovulacion tiene lugar, y presentaba una hiperplasia del útero tan considerable, que el fondo de la entraña subia á dos traveses de dedo sobre el nivel del ombligo, aumentando su volúmen mensualmente y como si se empapase de sangre, volviendo á los siete ú ocho dias al que tenia antes, que es el que queda dicho.

Es indudable para mí, que muchos casos de los que los autores consignan como de amenorrea sintomática de lo que llaman infarto del útero, pueden diagnosticarse de hiperplasias uterinas producidas por las congestiones úteroováricas que preceden y acompañan á una ovulacion sin hemorragia crítica ó sea sin menstruacion.

Amenorrea dependiente de un estado patológico de los órganos genitales.—Las lesiones de la estructura del ovario, las inflamaciones crónicas de la matriz, su hiperplasia, ciertas neoplasias, las dislocaciones y desviaciones de aquel órgano, determinan á veces la amenorrea llamada por causa local, la que tambien puede ser como la constitucional primitiva ó accidental, y tanto la una como la otra, con ovulacion ó sin ovulacion.

No he mencionado ciertas causas, como una pasion de ánimo violenta, la supresion de la traspiracion, la inmersion de los piés en agua fria, etc., á que apelan conti-

nuamente las mujeres para explicar la amenorrea, porque ó estas causas tienen una influencia muy pasajera y que no pasa de suspender aquella época menstrual volviendo á la siguiente todo á su estado normal, ó su accion es más profunda y al mismo tiempo que la retirada de la sangre han determinado otra lesion importante del aparato genital ó de otro con él relacionado, y la amenorrea que se establece se encuentra entónces bajo la dependencia de esta lesion.

Amenorrea simpática.—Durante la mayor parte de las enfermedades agudas, experimenta la menstruacion diferentes alteraciones, suprimiéndose ó retardándose generalmente en las inflamaciones y haciéndose más abundante en las fiebres dichas esenciales. Todos los profesores conocen la gravedad que implica la aparicion de las reglas durante el curso de una fiebre tifoidea, de una viruela confluente, de un cólera morbo. En las enfermedades crónicas se observa que, siempre que no sea de las que invaden profundamente un órgano interesante para la vida, la menstruacion subsiste; pero en el caso contrario, ó cuando la organizacion se encuentra muy deteriorada, sobreviene la amenorrea. Diariamente observamos muchachas amenorréicas, víctimas de una tísis pulmonal, que atribuyendo á la supresion del período la existencia de su enfermedad, nos demandan con empeño medicamentos para restablecer su menstruacion. En estos casos, la amenorrea (que aparece en el segundo período de la tísis), no es la causa, es el efecto de la enfermedad; es que la naturaleza se encuentra agotada y distraidas todas sus fuerzas en el aparato respiratorio. En estas tísicas, sin embargo, sigue verificándose la ovulacion hasta en un período avanzadísimo, pudiendo concebir á pesar de su estado lamentable y notándose entónces el curioso fenó-

meno de detener la tísis su marcha durante la gestacion, para recobrarla y rapidísima despues del parto. Recuerdo á este propósito, entre otras, á una pobre señora, que en el tercer período de una tuberculosis pulmonal concibió, mejorándose notablemente para empeorar de un modo extraordinario durante el puerperio. Pero embarazada de nuevo durante la cuarentena, se repitió el mismo fenómeno, que tuvo lugar dos veces más con las mismas circunstancias, debiendo esta señora á cuatro concepciones sucesivas haber prolongado su vida cerca de tres años y medio más de lo que racionalmente podia esperarse.

Diagnóstico de las diversas especies de amenorrea.— No basta al profesor saber que la mujer está amenorréica. Esto se lo dice ella á la primera visita. Es preciso dar á esta falta de menstruacion la interpretacion debida. Si la mujer no ha menstruado todavía, y cada 24 ó 26 dias experimenta los síntomas de congestion ovárica que tanto he repetido, y al mismo tiempo su vientre se abulta y el crecimiento de éste se hace á sacudidas, hay motivo para sospechar en lo que yo he llamado retencion de la menstruacion, restando hacer una exploracion detenida de los órganos genitales para hallar dónde se encuentra el obstáculo.

Por el contrario, si la mujer ya ha tenido sus períodos, es preciso ante todo buscar en esos síntomas congestivos la indicacion de que el ovario funciona y, si esto no sucede, convencerse antes de hacer una prescripcion atrevida de que no se trata de un embarazo que á menudo se oculta, unas veces por ignorancia, pero las más por malicia de la mujer. Procede entónces buscar los signos de la gestacion, segun la época en que podamos presumir pueda encontrarse, y en caso de que no nos sea

posible adquirir una certeza porque la mujer haga todos los esfuerzos imaginables para desorientarnos, mantenernos en una prudente espectativa, prescribiendo, sin embargo, algunos medicamentos inertes, pero asegurándole que es con objeto de volverle la menstruacion, en el bien entendido, de que si ella tiene interés en desembarazarse del resultado de su desliz y llega á comprender que abrigamos sospechas de su estado, irá á consultar á otro que tal vez caiga incautamente en las redes que le tiende, y le suministre medicamentos emenagogos que vayan á obrar quizás como abortivos, ó encuentre en un curandero ó en alguna matrona sin conciencia, quien ceda á sus sugestiones.

Si adquirimos evidencia de que no existe un embarazo, procedamos á la investigacion del estado general, ó del local, ó á la de la enfermedad de quien la amenorrea sea un síntoma.

De nuestras investigaciones podrá resultar: 1.°, que la amenorrea es por retencion, es decir, que hay un obstáculo á la salida de la sangre y cuál sea este obstáculo; 2.°, que la amenorrea es constitucional, ó por causa local ó simpática; 3.°, cuál sea la causa general ó local ó la enfermedad que la ha producido, y 4.°, que en cualquiera de estos últimos casos, la congestion ovárica y la ovulacion se verifican ó no tienen lugar. La resolucion de todas estas cuestiones es de interés sumo para el pronóstico y el tratamiento.

Pronóstico.—El de la amenorrea por retencion está en relacion con la mayor ó menor dificultad que existe de destruir el obstáculo que se opone á la libre salida de la sangre. El de la simpática está bajo la dependencia del de la enfermedad que la ha ocasionado. En las otras variedades de la amenorrea hay tambien que tener en cuenta

el estado general ó local de que dependa, así como las probabilidades que existan de hacer desaparecer este estado. Cuando haya lo que llamaremos con los autores menstruacion vicaria ó hemorragias supletorias de la menstruacion es mucho más difícil hacer aparecer las reglas. No olvidemos, pues, en el pronóstico de la amenorrea, que se trata en todos los casos de una afeccion sintomática.

Tratamiento.—Amenorrea por retencion.—En esta especie la indicacion es evidente y se halla reducida á hacer desaparecer el obstáculo que existe. La incision de un hímen imperforado ó de una membrana vaginal, la destruccion de las adherencias entre las paredes de la vagina, la perforacion del cuello uterino, son los medios á que hay que apelar. Las simples incisiones no exigen muchas precauciones, pues siempre la membrana que hay que incindir se encuentra como abombada y enseñando, digámoslo así, el punto por donde se debe hacer la perforacion, para la que basta un bisturí recto que hagamos salir cortando del sitio de la puntura; alguna vez, cuando la membrana estuviese muy alta, necesitaremos usar un espéculum univalvo y áun quizás los retractores. Cuando hubiese que perforar una membrana uterina, tendremos por precision que usar el espéculum, y entónces nos valdremos de un trocar ligeramente curbo, que cuidaremos de no introducir jamás á mayor profundidad de la matriz que media pulgada (0^{m}'012), y esto siguiendo la direccion del eje del útero y despues que nos hayamos convencido de que se encuentra en su verdadera situacion. Hecha la perforacion es preciso que sea permanente, y para esto, si se trata del hímen ó de una membrana vaginal, nos valemos de conos de esponja preparada, que sustituimos diariamente, practicando al mismo tiempo inyecciones vaginales; pero si el cuello uterino es el perforado, nos val-

dremos entónces, ó de unos conos de esponja preparada muy delgados, ó de las sondas de la laminaria digitata, ó de los clavos de Galante.

Como la entrada del aire en la cavidad interina podria producir accidentes funestos, se aconseja practicar la puncion de la membrana obturadora con el aspirador neumático de Dieulafoy, no escindiéndose ésta, hasta despues que se haya contraido el útero.

Amenorrea por supresion ó por falta de secrecion.— Si la amenorrea es constitucional, al estado general es al que debemos dirigir nuestra atencion. Si se trata de una hidroemia ó de una clórosis, hay que recomendar una buena higiene, la permanencia en el campo, alimentos reparadores y el uso de los preparados ferruginosos, de los que cada autor recomienda aquel que más triunfos le ha proporcionado. Mialhe dice que el verdaderamente activo es el tartrato férrico potásico que tiene la ventaja además de poderse administrar lo mismo en ayunas que durante la comida; Blanchard y Dupasquier prefieren, el uno bajo la forma de píldoras y el otro de jarabe, el proto-ioduro de hierro; Vallet, el carbonato ferroso; Grimault, el jarabe de quina y hierro; Lerás, el fosfato de hierro; Quevenne, el hierro reducido por el hidrógeno; Hamilton, el carbonato, etc., etc.; pero la verdad es que todos estos preparados y aún la asociacion del hierro al manganeso, producen resultados favorables, y aún en ocasiones es preciso variar con frecuencia de preparacion en una misma enferma. Se han recomendado ciertos medicamentos llamados emenagogos, como el azafran, la ruda, la artemisa y la sabina, aunque por mi parte no les debo el menor éxito. Cuando la ovulacion existe, basta en general con estos medios para obtener la curacion; pero en algunos casos, y cuando aquella no se verifica,

es preciso recurrir durante las épocas que deberian ser menstruales á la ventosa intra-uterina seca, cuya eficacia es incontestable á los paseos forzados, á los pediluvios irritantes, cataplasmas sinapizadas á la cara interna de los muslos, vapores emolientes á la vulva, y aún á la aplicacion de muy corto número de sanguijuelas (dos ó tres) á la cara interna de los lábios mayores. Si la mujer es pletórica, se hallan formalmente contraindicados los ferruginosos, debiendo usarse los medicamentos diluentes, los purgantes repetidos, y entónces será de mucha utilidad una abundante aplicacion de sanguijuelas á la cara interna de los muslos, ó una sangría del pié. Cuando un estado local es la causa de la amenorrea, á él debemos atender principalmente. En las mujeres muy excitables podria recomendarse el matrimonio.

Amenorrea simpática.—En esta especie, muy poco tendremos en cuenta la falta de menstruacion y mucho la enfermedad de que dependa, convencidos de que la curacion de ésta ha de traer la desaparicion de aquella, ó cuando ménos simplificarla extraordinariamente. Si la enfermedad de que se trata es una tísis pulmonar ú otra de tanta gravedad como ella, deberemos olvidarnos completamente de la amenorrea, pues la vuelta de las reglas sólo conseguiria agravar la situacion de la pobre enferma.

§ II.

Hemorragias supletorias de la menstruacion.

En los autores antiguos se encuentran muchos y muy sorprendentes ejemplos de menstruacion suplementaria llamada por ellos *menstrualio vicaria*, pero ¡cosa notable! en nuestra época estos ejemplos son sumamente ra-

ros y apénas se encuentra alguno que pueda resistir á una crítica formal. He tenido ocasion de ver algunos casos de esta clase y siempre que he podido hacer una buena y detenida observacion, me he convencido de que esos flujos hemorrágicos eran hijos unos de un estado general del organismo, otros eran simplemente síntomas de otras enfermedades, en muchos existia tambien la menstruacion y en ninguno la hemorragia coincidia con la época anteriormente menstrual y ni siquiera su aparicion á justos intervalos era cierta. A pesar de lo que digo, autores de muy justo crédito admiten eso que llaman desviaciones menstruales y es esta la razon porque he creido oportuno hacer estas indicaciones. Se asegura haber visto la menstruacion vicaria verificarse por la boca, (procediendo la sangre del aparato respiratorio ó del digestivo ó de la nariz); por los oidos, y hasta por la conjuntiva ocular sin que falten ejemplos de haber tenido lugar la hemorragia por la superficie de una úlcera.

Para que una hemorragia pudiera diagnosticarse de suplementaria seria preciso que llenase las condiciones siguientes: 1.°, que sustituyese perfectamente á la menstruacion, es decir, que fuese precedida de la congestion ovárica, sobreviniera en los dias que aquella y durase un tiempo aproximadamente igual; 2.°, que en los casos de embarazo se suprimiese durante todo él y gran parte de la lactancia; 3.°, que no pudiese ser explicada perfectamente por un estado general ó por una lesion material del órgano ú órganos que suministrasen la sangre.

Pronóstico.—Una hemorragia que llenase las condiciones indicadas no seria de un pronóstico muy grave con tal de que existiera una perfecta organizacion y desarrollo del aparato generador.

Tratamiento.—En esta afeccion si que estarian indicados los medicamentos emenagogos además de los otros medios que tienen verdadera eficacia para llamar las reglas como son los vapores emolientes á la vulva, los pediluvios irritantes, la aplicacion de sustancias de esta clase á la cara interna de los muslos, el uso de la ventosa seca intra-uterina, las sanguijuelas á los lábios de la vulva, etc. etc., pero teniendo en cuenta siempre que estos medios son realmente eficaces cuando se hacen en la época en que solia venir el período y máxime si se ha presentado la congestion ovárica.

LECCION XVII.

Dismenorrea. Sus especies.—Menorragia. Diferencia entre menorragia y metrorragia.

Las reglas además de suprimidas y desviadas, pueden producirse con dificultad ó ser excesivas, y de estas dos lesiones, dismenorrea y menorragia, corresponde hablar en la leccion presente.

§ I.

Dismenorrea.

Dismenorrea se llama á la menstruacion difícil y dolorosa. La palabra *estranguria menstrual* conque la designa Vogel da una idea perfecta de lo que es esta afeccion.

Nonat distingue tres especies, á saber: la neurálgica, la congestiva y la mecánica, incluyendo en la segunda dos variedades, la membranosa y la fibrinosa. La dismenorrea (como la amenorrea) siempre es sintomática y es

reconocida por todos la influencia que distintas enfermedades y lesiones tienen en la produccion de cada una de las especies dichas. Así es que la dismenorrea neurálgica se observa en las mujeres hidroémicas, en las cloróticas, en las afectadas de histerismo y en aquellas en que la pubertad ha sido tardía; la congestiva es más frecuente en las mujeres de cierta edad y con especialidad en las que yacen bajo las diátesis gotosa y reumática; la neurálgica es debida á una contraccion permanente de los orificios externo ó interno del cuello del útero.

Dismenorrea neurálgica.—A esta especie puede y debe referirse lo que las mujeres llaman *dolor de ahijada* que pura y simplemente es una histeralgia, pero violenta en ocasiones. Un dolor con los caractéres de los cólicos uterinos, que se extiende desde el hipogastrio á las ingles y lomos y que empezando lento alcanza muy pronto su máximun de intensidad ocasionando grandes sufrimientos á la mujer, precede generalmente uno ó dos dias á la aparicion de las reglas y no cede hasta las veinticuatro ó las treinta y seis horas de presentadas estas. Ese dolor coincide frecuentemente con una cefalálgia fuertísima (clavo histérico) con una gastralgia ó con accesos histéricos. He visto una mujer en la que cada época menstrual iba precedida y acompañada de estos accesos de que hablo y de un verdadero estado de enajenacion mental. De las veinticuatro á las cuarenta y ocho horas de la aparicion de los accidentes comienza á salir por la vulva gota á gota una sangre por lo general muy ténue y clara de color, y á las veinticuatro horas tambien ó á las treinta y seis de presentado el flujo, el dolor ó los otros síntomas disminuyen de intensidad, aunque por lo comun no desaparecen sino con el período y áun en algunas queda una incomodidad y excitacion considerable en el útero que no se quita

en toda la época intermenstrual y les hace doloroso el cóito, produciéndole bastantes incomodidades tambien en sus embarazos.

La dismenorrea neurálgica aparece unas veces desde la primera menstruacion, otras se presenta despues de algunos años; en unos casos desaparece despues del primer año, pero no es ráro ver por el contrario, que se inicia al cabo de dos ó tres.

Diagnóstico.—Un estilicidio sanguíneo inmediatamente antecedido y acompañado de fuertes dolores uterinos, y otros accidentes nerviosos (clavo histérico, convulsiones) que se reproduce cada veinte ó veinticuatro dias y que no coexiste con ninguna lesion material del útero ó de sus anexos, no puede confundirse con ninguna otra enfermedad; y si en algun caso se observan esos dolores paroxísticos sin lesion material pero sin acompañar á la menstruacion, es porque entónces se trata de uno de los dos elementos que forman la enfermedad, es decir, existe la neuralgia uterina, faltando solo la menstruacion difícil para constituir el compuesto dismenorrea neurálgica.

En cuanto al pronóstico, esta enfermedad no es de aquellas que comprometen por sí solas la existencia, pero su rebeldía es considerable y además encontrándose en las mujeres que la padecen un grado extraordinario de excitabilidad, ésta produce una predisposicion muy marcada á los abortos y áun en el caso de un parto puede llevar los dolores de éste á una intensidad notable, acreciendo los sufrimientos inherentes al cumplimiento de esa funcion.

Tratamiento.—El de la dismenorrea en general debe constar: 1.°, de los medios dirigidos á evitar la reproduccion de los accesos, es decir, curativos, y 2.°, de los medios que tiendan á curar el acceso. Refiriéndome á la dis-

menorrea neurálgica hay que tener en cuenta que se presenta generalmente en las jóvenes cloróticas y en las mujeres histéricas y que por lo tanto estos dos estados exigen poderosamente nuestra atencion. Se ha propuesto el matrimonio como un poderoso recurso para que desaparezca la dismenorrea, pero téngase presente que aunque se citan casos en que parece indudable su benéfica influencia en las mujeres dismenorréicas, se observa que el cóito es en muchas una fuente constante de sufrimientos y además tienen como he dicho más arriba, una notable predisposicion á los abortos y en ellas los partos son muy dolorosos y difíciles. Limitemos, pues, el consejo dicho para aquellas enfermas en que la causa presunta de su padecimiento es un amor contrariado ó deseos mal reprimidos.

Cuando nos hallemos frente á frente á un acceso, hay que aconsejar la quietud de espíritu y de cuerpo, una alimentacion lijera y bebidas emolientes (la flor de malva, el malvavisco, la zaragatona, son de un uso frecuente). Si áun no se ha presentado la regla, y hay un verdadero estilicidio sanguíneo, prestará muy buenos servicios un baño general templado bien largo ó un semi-cupio, si ese no es posible, cuyo baño se puede repetir dos ó tres veces en las veinte y cuatro horas. Una pocion fuertemente etérea ú otra con el agua de Luce ó una mixtura alcanforada, son en muchas ocasiones de una eficacia reconocida, apelando, si estos medios no bastasen, á una bebida con treinta ó cuarenta gotas de la tintura de beleño ó cuatro ó seis granos del extracto de este vejetal asociado con otra cantidad igual de alcanfor. El cáñamo indio se ha recomendado tambien mucho, aunque empezando con dósis mínimas y si esto no bastase se recurrirá al opio y sus preparados.

Dismenorrea congestiva.—Esta forma es más propia

de la edad adulta que de la juventud y, como dije más arriba, se la encuentra con frecuencia en las que están sujetas á una diátesis gotosa ó reumática. Doce ó catorce dias antes de la época menstrual, empieza la mujer á sentir peso hácia la pélvis, tendencia á las hemorroides ó irritacion de estas si existen, y aumentando paulatinamente estos síntomas de intensidad, llegan á su máximo dos ó tres dias antes de la evacuacion menstrual y las primeras treinta y seis á cuarenta horas de ésta, presentándose en estas últimas un dolor fuerte en el útero, aunque no tanto como el de la forma neurálgica, cuyo dolor cede mucho en cuanto la matriz se ha descargado un tanto de sangre y llega á desaparecer casi del todo hácia los doce ó catorce dias antes de la nueva época.

En algunas mujeres de las que padecen esta forma de dismenorrea, se observa (aunque no todos los períodos) que despues de dolores que tienen todos los caractéres de los dolores expulsivos, sale por la vagina un saco membranoso que representa como el molde de la cavidad uterina y áun á veces tambien de parte de la vagina, cuya superficie externa es mucosa, casi villosa y con vestigios de glándulas utriculares dilatadas, todo lo que parece viene á demostrar que esas membranas son análogas en su produccion á la caduca, de la que solo difieren por el menor desarrollo de los capilares, la escasez de sus células especiales y ser su epitelium prismático. Esta variedad de dismenorrea ha sido llamada MEMBRANOSA por esfoliacion.

Pronóstico.—Es ménos difícil de curar la dismenorrea congestiva que la neurálgica, pero tambien produce como ésta la predisposicion á los abortos y hace muy dolorosos los partos.

Tratamiento.—Obedece á los mismos principios que

el de la forma anterior, á saber: alejar ó combatir la causa para que desaparezca la enfermedad, y paliar los síntomas del acceso. En esta forma no son tan eficaces los calmantes, pero lo son más los baños templados. West aconseja la aplicacion de sanguijuelas al hipogastrio, á las márgenes del ano y sobre el sacro, la que podrá hacerse en todo tiempo, ménos tres ó cuatro dias antes del período menstrual y durante él. En este último tiempo se prefiere el cuello de la matriz para poner las sanguijuelas ó se hacen escarificaciones en él. No se olvide en estos casos la administracion del cólchico y de los alcalinos como medios de curar la enfermedad, ni tampoco el uso de las aguas termales salinas.

Dismenorrea mecánica.—Es la que se presenta á consecuencia de una contraccion permanente del cuello uterino en cualquiera de sus dos orificios, bien sea esta contraccion congénita ó producida despues de partos laboriosos, de ulceraciones de la matriz, etc., etc. Las dislocaciones de la matriz y ciertos tumores de ella pueden tambien hacer mecánicamente difícil la menstruacion.

En la dismenorrea mecánica los síntomas no aparecen hasta dos ó tres dias antes del período y la sangre sale con mucha lentitud y en pequeños coágulos imperfectos.

La exploracion por la vagina con el espéculum y el cateterismo uterino, son los medios de esclarecer el diagnóstico.

El *pronóstico* está subordinado á la causa que produce la enfermedad.

El *tratamiento* consiste en separar la causa, y si ésta consiste únicamente en la contraccion permanente del cuello uterino, se han aconsejado dos medios; la dilatacion y la histerotomia. La dilatacion puede ser gradual ó forzada: para la primera se emplean, ó cuerdas de

tripa ó sondas metálicas que se han construido á veces de dos metales diferentes para unir á la accion dilatante una accion galvánica especial (esta idea pertenece á Simpson), ó los clavos de Galante. El grueso de estos cuerpos dilatantes se va aumentando gradualmente. La dilatacion forzada se hace con unos instrumentos compuestos de un pequeño espéculum bivalvo, que sostenido por un mango largo se introduce en el orificio del cuello, separando las valvas por medio de un resorte. Hay que tener en cuenta para el uso de este instrumento, que como dice West es muy voluminoso, y los cuellos en que puede entrar cerrado, no necesitan dilatantes.

La histerotomia vaginal se hace con un bisturí oculto análogo á un uretrotomo.

En muy raros casos estarán indicados estos medios, y con razon se les atribuye, en muchos, accidentes bien funestos.

§ II.

Menorragia.

La menorragia consiste en una considerable evacuacion menstrual. Tambien es sintomática, bien de un estado general del organismo ó bien de un estado local, existiendo otra especie llamada simpática.

La menorragia constitucional se observa en primer lugar en aquellas mujeres en que existe lo que Nelaton llamó diatesis hemorrágica y en las cuales la más mínima solucion de continuidad ocasiona pérdidas sanguíneas abundantes. Tambien se la vé en los casos de aumento de los glóbulos sanguíneos (menorragia pletórica), y entónces más bien alivia que empeora el estado de la

enferma; ó en los de disminucion de la fibrina (menorragia pasiva) y esto sucede en los casos de hidroemia, clórosis, escorbuto, estados caquécticos etc. La menorragia por causa local aparece en las mujeres que padecen enfermedades del útero (metritis mucosa crónica, ulceraciones del cuello de la matriz, tumores, desviaciones, etcétera) y aún de sus anexos.

Hay otra menorragia que se ha llamado dinámica y es la que se observa en ciertas mujeres excitables, en las que una impresion moral cualquiera les determina, si se hallan menstruando, flujos sanguíneos de consideracion.

Sea cualquiera la causa de la menorragia, unas veces se presenta de pronto (menorragia dinámica) y otras precedida durante un tiempo que varia entre 4 ó 6 horas á 4 ó 6 dias, de peso á la pélvis, calor en los órganos genitales, dificultad en la emision de la orina. La sangre que se pierde varia entre 6 ú 8 onzas, límite normal, á 6 ú 8 libras, principalmente en los casos de disolucion ó suma fluidez de la sangre. Esta siempre presenta coágulos, y algunos muy voluminosos, que solicitan esfuerzos notables de expulsion. Cuando la mujer es pletórica, á medida que sale la sangre se encuentra más ágil y con mayores brios, y con frecuencia se contiene expontáneamente la hemorragia en cuanto el útero se ha desengurgitado; pero si la paciente está muy debilitada, la pérdida sanguínea produce un agravamiento de su estado general, y los vértigos, los sudores, las lipotimias, los movimientos convulsivos etc. etc. no tardan en sobrevenir, siendo más difícil contener la hemorragia mientras más sangre se haya perdido, pues aumentando su fluidez puede llegar aquella á hacerse incoercible.

La menorragia dinámica cede pronto en lo general, á no ser que la mujer se halle muy debilitada.

La menorragia sintomática de una afeccion local puede adquirir una gravedad excesiva por lo difícil de dominar las lesiones que la han producido.

El *diagnóstico* de la menorragia comprende; primero su distincion de con la metrorragia; segundo la investigacion de la causa que la produce, ó en otros términos, la distincion de el estado general ó local, bajo cuya dependencia se halla.

La metrorragia se distingue de la menorragia en que no aparece en las épocas menstruales, ni tiene por lo tanto tendencia á reproducirse. El diagnóstico de la especie de menorragia ha de hacerse á consecuencia de una atenta observacion del temperamento y constitucion de la enferma, de sus padecimientos anteriores, de la causa de la menorragia, del alivio ó peoría que produce en el estado general de la mujer, del exámen de la sangre y de la exploracion especular.

El *pronóstico* varia segun la especie de que se trate. Es más alhagüeño en la pletórica, siguiéndole en gravedad la dinámica. De las sintomáticas de una enfermedad general ó local, se halla en relacion su gravedad con la naturaleza de la otra afeccion, el grado en que ésta se halla, la posibilidad de hacerla desaparecer y aún los medios con que cuenta la enferma para proveer á su curacion.

Tratamiento.—El de la menorragia comprende el de la enfermedad y el del ataque. En el tratamiento de la menorragia hay que tener en cuenta que siempre es sintomática y por lo tanto hay que atender á aquel estado general ó local, bajo cuya dependencia se halla. ¿Existe un estado pletórico? Un régimen debilitante, purgantes repetidos y alguna que otra evacuacion general ó tópica de sangre, evitan la hemorra-

gia. ¿Trátase de una clórosis, un escorbuto ó cualquiera otra de aquellas enfermedades en que se halla disminuida la fibrina de la sangre? Hay que usar entónces y de un modo enérgico todos los medios que la ciencia conoce para triunfar de esas afecciones. ¿La enfermedad primitiva es una metritis crónica, una ulceracion del cuello, un tumor fibroso etc? La curacion de estas dolencias producirá la de la menorragia.

En cuanto al tratamiento del ataque, tambien varia segun la especie de que se trate. En la menorragia pletórica bastará la espectacion, y todos los medios que se empleen se reducirán á recomendar la quietud, la dieta, la tranquilidad del espíritu, la abstencion de los placeres venéreos, alguna bebida diluente ó un lijero laxante, y rara vez tendremos que hacer una sangria revulsiva de la mano ó del brazo. En la dinámica recomendaremos además del alejamiento de la causa (si es posible), la posicion horizontal, las bebidas frias, enemas con un cocimiento de ratania ó con agua y algunas gotas de láudano, y si no basta, usaremos al interior de los astringentes. Emplearemos estos con mucha más actividad, el hielo y áun el tamponamiento, cuando exista una disminucion de la fibrina de la sangre. Entónces la monesia, la ratania, el catecú, el mangostan, el tanino y todos los astringentes vejetales; los ácidos sulfúrico y nítrico, y el percloruro de hierro como poderosos astringentes minerales; el cornezuelo de centeno, la ergotina y la electricidad, como escitantes directos de la contractilidad del útero; la nieve poniendo vejigas llenas de ella sobre el hipogastrio y mezclándole con las bebidas que use la enferma, los sinapismos inter-escápulas ó bajo las mammas, las ventosas secas á estos órganos, y aún el tamponamiento de la vagina, que se ha hecho valiéndose de una especie de saco

de lienzo que se introduce en la vagina con el espéculum, rellenándolo con hilas secas ó empapadas en un líquido astringente, y tambien con una vejiga llena de agua helada.

Lée, Dickinson y West recomiendan mucho la digital, que aseguran tiene una accion directa sobre el tejido muscular de la matriz, sin que esa accion se halle en manera alguna en proporcion con la influencia que ejerce sobre la circulacion. Se hace acostar á la enferma, se le dan algunos alimentos reparadores y se le administran cuatro onzas de una infusion de digital cada cuatro horas, suspendiéndola si produce vértigos y aturdimiento, cesando definitivamente en su uso si á las 48 horas no ha producido efecto alguno y disminuyendo paulatinamente las dósis si se consigue el resultado apetecido, no prolongando jamás su uso más de tres ó cuatro dias. Este medicamento es más útil en la menorragia dinámica que en ninguna de las otras formas.

En casos desesperados se han hecho con éxito inyecciones intra-uterinas con una disolucion de ácido gállico, (escrúpulo por onza de agua), ó de tintura alcohólica de yodo, ó de percloruro de hierro.

Por último, hay observaciones en que la administracion del aguardiente hasta producir la embriaguez, ha curado una menorragia gravísima.

No echemos tampoco en olvido para determinados casos, que en estos últimos tiempos se ha considerado el sulfato de quinina como un escitante de la fibra muscular del útero.

LECCION XVIII.

Clórosis. Sus distintas especies. Opiniones sobre su naturaleza.

Desconocida en la actualidad la naturaleza de la clórosis, imposible es definirla con exactitud, así es que las definiciones que de ella se han dado son más bien que tales una descripcion sumaria de la enfermedad. Por mi parte diré con Jaccoud que la clórosis es la *anemia globular esencial*.

La clórosis es sumamente rara en los hombres, pudiendo decirse que no hay una observacion en ellos que pueda resistir de un modo absoluto á la crítica, razon por la que muchos autores dicen que es exclusiva de las mujeres.

La edad en que es más frecuente en estas, es desde los trece á los veinticuatro años, coincidiendo á menudo su aparicion con la de la pubertad y siendo entónces ella la causa del retardo en la aparicion de las reglas. Todas las causas debilitantes (temperamento linfático, escrofulismo, mala alimentacion, habitaciones bajas, húmedas y mal ventiladas, abuso de las bebidas acuosas, pasiones de ánimo deprimentes, amores contrariados, el onanismo, los abusos venéreos, etc.) son muy abonadas para producirla.

Sheritier dice, y la mayoría de los autores opinan como él, que la clórosis es el efecto de un desquilibrio en-

tre las funciones generadoras, y la inervacion y la sanguinificacion.

Lesiones anatómicas.—Las que pertenecen exclusivamente á la clórosis son la palidez de la piel y las mucosas, la decoloracion de todos los órganos y su flacidez y áun reblandecimiento, las sufusiones serosas al exterior y los derrames en las cavidades interiores.

Pero de todas las lesiones las más notables y constantes, pues constituyen la esencia de la enfermedad, son las de la sangre. Extraida cierta cantidad de ésta de una vena y dejándola en reposo, observamos bien pronto que se presenta mucha cantidad de suero y un coágulo pequeño cubierto por una costra gruesa de color amarillo-verdoso, que es la falsa coéna, y ese coágulo se deshace con bastante facilidad entre los dedos. Si procedemos al análisis detenido de esta sangre, teniendo presente la composicion normal, veremos muy notables diferencias. En el estado fisiológico la sangre tiene de cada mil partes 670 de plasma por 320 de glóbulos húmedos (despreciando fracciones), encerrando cada mil partes de glóbulos húmedos, 560 de agua y 430 de partes sólidas ó glóbulos secos, lo que próximamente da 130 y tantas partes de glóbulos secos por mil de sangre; pues bien, esta proporcion desciende en la clórosis hasta llegar á sesenta y áun á cuarenta partes de los glóbulos secos ó corpúsculos secos por mil de la sangre, sin que sea preciso para que exista la desproporcion de los elementos á que aludimos que el número total de los glóbulos haya disminuido, sino que en ocasiones este número es el fisiológico, pero los hematies que quedan están ellos mismos enfermos, ó como dice Jaccoud, los glóbulos se encuentran cloróticos.

Divisiones.—Se ha dividido la clórosis en idiopática y sintomática ó clórosis falsa; pero las enfermedades

que se han conocido con este último nombre han sido estados caquécticos producidos por otras enfermedades. Solo me ocuparé, pues, de la clórosis (clórosis idiopática de los autores), aunque considerando cuatro formas diferentes segun que exista un predominio en los accidentes nerviosos, ó en los digestivos, ó en los circulatorios, ó en los génito-urinarios.

Síntomas.—Los síntomas de la clórosis hay que buscarlos en el hábito exterior, en las facultades sensitivas, perceptivas é intelectuales, en el aparato digestivo, en el circulatorio, en el respiratorio y en el génito-urinario; en una palabra, todas las funciones se hallan más ó ménos alteradas en esta enfermedad.

La piel de las cloróticas es de color pálido, muy parecido al de la cera vírgen y á veces amarillo-verdoso ó térreo y en vez de flacidez presenta cierta turgencia, á la que Bruech llama *turgor limphaticus*. La cara se halla abotagada y en la piel de los párpados y en la de los miembros inferiores hay un edema muy perceptible, el primero por las mañanas al levantarse de la cama y el segundo despues de las tareas del dia. La sensibilidad se encuentra muy alterada, se experimentan dolores en las extremidades, lomos, espaldas y pecho y á menudo neuralgias perfectamente caracterizadas, bien sean externas ó viscerales. No es extraño hallar en ellas una exaltacion considerable ó por el contrario un embotamiento de los sentidos y áun ilusiones y alucinaciones. Tampoco su inteligencia se encuentra en el estado normal y las ideas más extravagantes y la melancolía más profunda y áun el cansancio de la vida, se encuentran muchas veces en estas desgraciadas.

Hállanse tambien en ellas todas las aberraciones posibles del apetito, desde la anorexia más absoluta hasta

la bulimia y sobre todo la malacia y la pica. Sus digestiones son á menudo lentas y difíciles sin que sean de llamar la atencion las náuseas y los vómitos, y frecuentemente se observa un extreñimiento pertinaz que las incita á abusar de los purgantes.

Quéjanse de una debilidad general y cansancio extremado; suele haber tos que entónces es tenaz y como convulsiva sin ocasionar espectoracion alguna y resistiéndose á el tratamiento. Cuando se agitan algo se presentan palpitaciones más ó ménos tumultuosas de corazon, dolor en la region precordial, llamaradas al rostro y latidos en el cuello y en las sienes. La auscultacion del pecho hace percibir cierta confusion en el número de las pulsaciones, algun aumento de su impulsion y cierto desarreglo en el ritmo de los latidos que en ocasiones se oyen en puntos muy distantes del pecho. El ruido producido por el sístole ventricular es más claro que de ordinario y puede percibirse en ciertos casos el ruido de fuelle. Auscultando las carótidas ó femorales, pero con especialidad las primeras, se oyen distintos ruidos que han sido designados con los nombres de canto modulado de las arterias, arrullo de tórtola, zumbido de mosca, ruido de diablo y de fuelle roto, etc.

En cuanto al aparato génito-urinario, las alteraciones principales se encuentran en la menstruacion que, ó se halla suprimida, ó se verifica con dificultad, ó por el contrario, es muy abundante y dura muchos dias (clórosis menorrágica). Aunque existan las reglas en sus épocas y con su duracion ordinaria, la sangre es muy clara y líquida y suele presentarse una leucorrea más ó ménos abundante en los intervalos de esos períodos. Durante estos y áun despues, no es raro hallar la disuria, la estranguria y la hematuria.

Agrupando ahora estos síntomas, segun las distintas formas, tenemos que en la caracterizada por el *predominio de los accidentes cerebrales ó nerviosos*, relucen los cambios y la movilidad en el carácter, los vértigos, las convulsiones, los trastornos en la inteligencia, las alucinaciones, las ilusiones, figurando en segundo término los trastornos de los aparatos digestivo y generador, aunque tambien los de estos últimos son bastante marcados en todas las formas de la enfermedad.

En la clórosis con *predominio de accidentes gastro-intestinales*, las aberraciones del apetito, las náuseas, los vómitos, la cardialgia, los cólicos intestinales, el estreñimiento pertinaz ó la diarrea, figuran al lado de los trastornos menstruales, y acompañados éstos y aquellos de algunos síntomas del aparato circulatorio, y seguidos en ocasiones de una fiebre héctica debida á los trastornos de la nutricion, y junto todo con la palidez y la turgencia de la piel y el estado de debilidad general, forman el cuadro de esta especie, quizás la más grave de todas.

En la tercera especie los *síntomas del aparato circulatorio son los predominantes*, y hasta tal punto que pueden perfectamente inducir á errores graves al profesor. En 1865 me suplicó un amigo me encargase de la asistencia de una hermana suya recien llegada de Málaga, únicamente para darle el consuelo de tener asistencia médica en sus últimos dias, pues ya sabian todos que le restaba muy poco tiempo de vida, y áun tenia hechas sus disposiciones espirituales (estas eran las palabras de mi amigo). Pasé á visitar la enferma que era una jóven de 18 años, á la que encontré sentada en una silla con una disnea considerable, asegurándome que le era imposible adoptar otro decúbito, pues estaba convencida de que se asfixiaria. Llamóme la atencion el color de cera vírgen

de su rostro y la considerable palidez de las mucosas palpebral y bucal; me informé de que hacia cuatro años que le habian aparecido las reglas, que siempre fueron muy abundantes y de una duracion media de ocho dias, y que casi desde su primera menstruacion habia experimentado frecuentes accesos convulsivos, aunque muy cortos y poco intensos, y de un año á la fecha se le presentó un considerable cansancio que se aumentaba extraordinariamente al menor movimiento ó á la más pequeña impresion, no tardando en aparecerle dolor (que á veces tomaba gran intensidad) en la region precordial, palpitaciones de corazon que se repetian con frecuencia y que en ocasiones la hacian despertar sobresaltada, latidos en ambos lados del cuello y en las sienes, y desde unos seis meses á la fecha un considerable edema en las extremidades inferiores, el que ya llegaba á los muslos, aumentando últimamente el desconsuelo de todos la aparicion del edema en la mano, ante-brazo y brazo izquierdo.

La menstruacion habia seguido como siempre, y á su aproximacion y durante ella, á la mayor intensidad de todos los síntomas indicados, se unian frecuentes síncopes, algunos de los que habia hecho creer á los parientes que estaba muerta. El diagnóstico hecho por varios profesores era de una hipertrofia del corazon (no supieron explicarme si total ó limitada á algun ventrículo ú aurícula). Reconocida con detencion la enferma, la aplicacion de mi mano sobre su region precordial me hizo percibir el extremecimiento catario; la auscultacion me permitió reconocer que los latidos del corazon, tumultuosos y violentos, se notaban en mayor extension que la normal, percibiéndose cierta confusion de los latidos y un soplo muy marcado, acompañando al primer tiempo y muy perceptible en el cuarto espacio intercostal izquierdo; al pulsar

las radiales noté el mismo extremecimiento catario que en la region precordial, y auscultando las carótidas oí perfectamente un ruido de fuelle de doble corriente, muy parecido al ruido de diablo ó el mismo ruido de diablo. Ante estos síntomas y ante el conmemorativo de la enferma, no dudé en asegurar á ésta su pronta curacion y en manifestar á su madre y hermano que ésta me parecia posible, pues no creia en la existencia de tal hipertrofia del corazon. Prescribí una buena higiene, tranquilidad de espíritu y de cuerpo, alimentacion nutritiva y tres papeles al dia con 6 granos cada uno de subcarbonato de hierro, otros tantos de polvos de valeriana, ¼ grano polvos digital y 3 granos de canela, y cediendo á las instancias de la enferma le puse dos vejigatorios á las extremidades inferiores, advirtiendo que en cuanto apareciese la flictena, perforasen ésta sin levantarla y la curasen con manteca sin sal. Excuso decir la admiracion é incredulidad que produjo mi pronóstico, pero dos meses despues mi enferma se paseaba en pleno estado de salud por la plaza de San Antonio y corria á saludarme inundándosele los ojos de lágrimas.

No es extraño, sin embargo, en esta forma de la clórosis, que sobrevenga á la larga una lesion valvular del corazon, como ha visto varias veces el Dr. Lino Ramirez.

Otras veces los síntomas predominantes son los del *aparato generador*, y á la palidez, á la debilidad, á las diversas neuralgias, á los trastornos digestivos, se sobreponen los cólicos uterinos, la amenorrea, la dismenorrea ó la menorragia, flujos leucorreicos y áun ideas eróticas que pueden conducir fácilmente á la ninfomanía. La histeralgia tambien es muy frecuente.

Diagnóstico.—Los autores fundan el diagnóstico en-

tre la clórosis y la anemia, en que la primera se observa mucho más en la mujer y en la mujer púber, que en el hombre, y la segunda en todos los sexos y edades; en aquella su aparicion y su curso son lentos, presentándose frecuentemente á consecuencia de pasiones de ánimo, mientras la segunda sobreviene repentinamente despues de abundantes pérdidas de sangre; en la clórosis se unen á la debilidad con que se ejecutan todas las funciones, trastornos nerviosos de consideracion y alteraciones notables en el aparato generador, no presentándose éstas ni aquellos en la anemia.

En las afecciones del corazon no hay la intermitencia de los síntomas que en la enfermedad de que venimos tratando, ni se encuentran los ruidos músicos y preternaturales de las arterias, debiendo tener en cuenta en los casos dudosos, el conmemorativo, la presencia de los trastornos genitales y el alivio que sigue muy pronto en la clórosis á la administracion de los ferruginosos.

Hoffmann distingue la turgencia de la piel de las cloróticas de el anasarca, en que en éste, comprimiendo la piel con el dedo, deja su huella por algun tiempo, cosa que no ocurre en la clórosis.

La ictericia, la presencia del tumor en el hipocondrio derecho, la orina turbia y manchando de amarillo los lienzos, además del conmemorativo, diferenciarán á la hepatitis crónica de la enfermedad que describo.

Los síntomas que revela la percusion y la auscultacion de las paredes torácicas, podrán hacernos distinguir una tísis pulmonal que con frecuencia nos induciria á error, y tanto, que se ha considerado como una clórosis falsa el estado de debilidad y de perturbacion de las funciones digestivas y generadoras que se encuentran en el primero y segundo período de la tísis pulmonal.

Los antecedentes y el exámen especular podrán evitarnos la confusion con un cáncer uterino.

Curso y pronóstico.—La clórosis tiene una marcha muy lenta, pudiendo durar años enteros; pero entónces generalmente se termina ocasionando lesiones materiales de las vías digestivas, de las válvulas del corazon, ó de los ovarios y de la matriz. De aquí que el pronóstico no sea siempre alhagüeño, debiendo hacerlo con reserva cuando lleve mucho tiempo de duracion, y principalmente en las formas segunda y tercera de las cuatro que he descrito.

Naturaleza.—Rodrigo de Castro y Mercado, entre otros, sostenian que la clórosis es un estado morboso consecutivo á la supresion ó falta de secrecion de las reglas, opinion que se destruye recordando que en muchas enfermas (quizás en la mayoría) las reglas subsisten y en algunas se encuentran aumentadas. Roche la cree debida á la debilidad del útero, y sin embargo, existen casos indudables de amenorrea por debilidad ó atonía del útero en que no se ha presentado ninguno de los síntomas de la clórosis. Gardien dice que es un estado adinámico del tubo digestivo y Copland que una lesion del simpático mayor.

Del estudio de la enfermedad resulta como indudable y por todos reconocido, que en la clórosis hay una lesion en los principios constitutivos de la sangre y que no solo es menor en esta el número de los glóbulos rojos, sino la cantidad absoluta de hierro que contiene; y por lo tanto los síntomas que se presentan y áun la generalidad de los trastornos funcionales se explican satisfactoriamente. Falta solo investigar si la alteracion de la sangre es primitiva ó consecutiva á otra. Si esta alteracion fuese primitiva y todo consistiera en la disminucion en las proporciones del

hierro, se deduciria precisamente: primero, que solo el hierro podria curar la clórosis; y segundo que al absorverse cierta cantidad de hierro equivalente á la que faltaba á la sangre, la curacion era perfecta y sin embargo, vemos enfermas que se curan con el manganeso, otras con solo la permanencia en el campo y el mejoramiento de las condiciones higiénicas y algunas con el matrimonio ¿de qué manera en estos casos se ha repuesto la cantidad de hierro que faltaba? Vemos por otra parte mujeres en las que una impresion violenta ha determinado prontamente la clórosis, y en éstas ¿cómo y por dónde se ha verificado la sustraccion del hierro?

Por otra parte, si es verdad que los síntomas del aparato generador son los que siempre han llamado más la atencion de los observadores preocupados siempre con la idea de la omnipotencia y la autocracia del útero, los más constantes quizás y los primeros en presentarse son los del aparato digestivo, y siempre se ha notado que el desaparecer las aberraciones del apetito y el mejorarse éste han sido las señales más ciertas de que la curacion se aproximaba, y esto áun cuando subsistiesen los síntomas de otros aparatos. Suponiendo, pues, una lesion del plexus solar, ó si se quiere del simpático mayor, no solo se comprende fácilmente el por qué de la pronta aparicion de la enfermedad en algunos casos, y la constancia de los trastornos digestivos, sino, y es lo principal, la posibilidad de la curacion sin el hierro. Hay en la enfermedad una lesion de nutricion cuyo resultado inmediato es producir la anemia globular del quilo que necesariamente ocasionará la anemia globular de la sangre, ó en otros términos, se produce la clórosis de los leucocitos y tras ella la clórosis de los hematies, verificándose la curacion siempre que restablecida la nutricion á su estado normal, el

quilo formado recobre sus anteriores condiciones y vaya poco á poco rejuveneciendo la sangre y entónces esta pueda á su vez nutrir todos los órganos y darles los materiales necesarios para el cumplimiento perfecto de sus funciones. Esta lexion del plexus solar ó del simpático mayor en la que hago consistir la esencia ó la naturaleza de la clórosis, digo que es dinámica en tanto que perfeccionados los conocimientos médicos se comprendan perfectamente las funciones del sistema nervioso y se sepan sin género alguno de duda, la naturaleza y propiedades del fluido nérveo, desapareciendo entónces todos los dinamismos y todas las lesiones dinámicas, palabras que hoy como hoy solo sirven para encubrir con un nombre la carencia de una idea.

Tratamiento.—Ya lo he repetido varias veces; los modificadores higiénicos figuran á la cabeza de los medios que deben emplearse en el tratamiento de la clórosis. Buen aire, buen alimento, buenas habitaciones, ejercicio moderado, tranquilidad ó contento en el ánimo, vestidos proporcionados á el clima y á la estacion, descanso para el cuerpo en relacion con el trabajo, etc. etc., es lo primero que debemos aconsejar. Por esto conviene siempre que sea posible la permanencia en el campo durante las estaciones medias. Los baños de mar son tambien de mucha utilidad, así como el uso de aguas minerales ferruginosas en baño y en bebida. En Villaharta, cerca de Córdoba, hay un manantial de aguas ferruginosas acídulas, de cuyo uso en bebida he visto notables resultados.

De los medicamentos empleados, el hierro es el de más constante y rápido éxito, recomendando cada profesor la preparacion que más ha usado, pues con todas se triunfa. Al hablar de la amenorrea sintomática de la clórosis indiqué muchas de las preparaciones usadas;

ahora diré que una fórmula que Niemeyer ensalza es la de Blaud modificada de este modo:

Rp.

Sulfato de hierro pulverizado. .) —
Carbonato de potasa seco . . .) aa 15 gramos (media onza).
Goma tragacanto . . . . . Q. S.
Háganse 96 píldoras.
Empieza por 9 píldoras al dia en tres dósis, aumentando paulatinamente hasta 15.

Por mi parte debo mucha gratitud á la siguiente fórmula que prescribo con frecuencia:

Rp.

Sub-carbonato de hierro . . .) —
Polvos de la raiz de valeriana .) aa 4 gramos (una dracma).
Id. canela de Ceilan . . . . 2 gramos (media dracma).
Divídase en doce papeles.

Administro dos al dia y luego tres. Cuando hay predominio en los síntomas del aparato circulatorio sustituyo la valeriana con un decigramo (dos granos) de polvos de digital: si hay estreñimiento asocio el sub-carbonato y la canela con 4 gramos polvos de jalapa, y si hay diarrea dejo la fórmula tal como está y prescribo al mismo tiempo el agua de cal ó los ojos de cangrejos.

En la clórosis menorrágica prefiero el líquido (no licor) hemostático de Pravaz desde 4 gotas al dia hasta 24.

El manganeso tambien puede asociarse á los preparados ferruginosos.

LECCION XIX.

Histeralgia.—Ninfomanía.—Anafrodisia.

§ I.

Histeralgia.

Al tratar de la dismenorrea neurálgica, ya he indicado algunas particularidades acerca de esta enfermedad que se presenta unas veces independiente de todo estado ú afeccion y se ha llamado entónces *idiopática*, y otras se la observa á consecuencia de otras afecciones y es la *sintomática*. A la histeralgia pueden referirse ciertos casos descritos por Lisfranc con el nombre de hiperestesia del útero, pero no todos, pues dicho autor comprende bajo ese nombre, tanto á la histeralgia limitada á el cuello uterino como á lo que hoy se designa con el nombre de vaginismo de que hablaré más adelante.

Las causas de la histeralgia son el temperamento nervioso, la constitucion débil, la vida sedentaria y la gastada en esos espectáculos y reuniones de buena sociedad tan perjudiciales bajo tantos aspectos para las pobres muchachas que dejan á menudo en ellos su inocencia, su tranquilidad, su reputacion, su salud y áun su vida; los extravios en el régimen, la impresion del aire frio, la continencia excesiva ó por el contrario los abusos del cóito y principalmente la masturbacion. Se la ha visto sobrevenir á consecuencia de un aborto ó despues de un parto en que ha habido abundantes pérdidas de sangre.

Síntomas.—El dolor es el síntoma predominante. Ocupa unas veces el cuello uterino sólo, otras el cuerpo, algunas ámbos sitios y se siente con especialidad en el lado izquierdo del vientre; se exaspera con los movimientos, la progresion, el tacto ó el cóito y se extiende con frecuencia á los lomos, nalgas, muslos é ingles. Los caractéres de este dolor son ser vivo, quemante, pungitivo, dislacerante á veces; presentarse por accesos en cuyo máximum de intensidad son intolerables; ocasionar un estado de agitacion extraordinaria, náuseas, vómitos y áun delirio y convulsiones; cesar por poco más de una hora para presentarse de nuevo durante algunos minutos y repetirse así desde cinco ó seis hasta cincuenta ó sesenta en el espacio de muchas horas, desapareciendo luego para reaparecer al cabo de más ó ménos dias á la menor imprudencia ó desviacion en el régimen. He visto varias veces á la histeralgia idiopática repetirse por ataques que guardaban el tipo intermitente (con especialidad el tercianario). Tampoco es extraño verse terminar el ataque con un flujo mucoso abundante por la vagina ó con una escrecion considerable de orina.

Diagnóstico.—Se diferencia de la dismenorrea neurálgica en que aparece en los intervalos de las épocas menstruales; y de las otras enfermedades dolorosas de la matriz en el resultado negativo de la exploracion especular.

Hay que advertir, que segun Nonat, la histeralgia idiopática, que es la única de que me ocupo, pues la historia de la sintomática va envuelta en la de las enfermedades que la producen, determina con frecuencia, ó flujos leucorreicos ó un estilicidio sanguíneo, que duran tanto como el ataque, suspendiéndose con él.

Pronóstico.—En la mayoría de casos el arte triunfa de esta enfermedad, pero se poseen observaciones de haberse prolongado muchos años, y segun Jobert de Lam-

balle, ha venido en algunas á determinar un estado cerebral vecino á la monomanía.

Tratamiento.—Comprende el del ataque y el de la enfermedad. Para el primero hay que emplear los narcóticos al interior (opio, morfina, beleño, belladona, atrodina) y en inyecciones por la vagina, pudiendo hacerse tambien estas con agua caliente primero y luego fria, repitiéndolas tres ó cuatro veces en las veinticuatro horas. He visto excelentes y rápidos resultados de las inyecciones hipodérmicas de una disolucion de sulfato de morfina. El hidrato de cloral en pocion y en inyecciones, tambien ha producido excelentes resultados, así como las inhalaciones de cloroformo ó de éter hasta la anestesia. Los vapores de cloroformo puro ó mezclado con el ácido carbónico pueden hacerse llegar á la matriz con los aparatos de Scanzoni y de Fordos. Los vejigatorios tambien se han recomendado aunque su accion es mucho más tardía de lo que se necesita en estos casos. Malgaigne preconizaba la incision de uno de los labios del hocico de tenca, tratamiento que no creo haga muchos prosélitos.

Para prevenir los ataques hay que tener en cuenta, para alejarla, la causa probable de la enfermedad. Se han administrado los anti-espasmódicos al interior, los narcóticos y los tónicos reconstituyentes y neurosténicos. West recomienda el sulfato de quinina asociado á la digital y yo he visto producir muy buenos resultados á la sal quínica unida con el carbonato de hierro por más que esta fórmula no sea muy recomendable químicamente hablando. Cuando la periodicidad es marcada, el sulfato de quinina á la dósis de 20 á 24 granos (1,gr. 2) triunfa casi siempre. Tambien se ha empleado la cauterizacion actual sobre la region sacra.

§ II.

Ninfomanía.

La ninfomanía consiste en una perversion del instinto genésico caracterizada por un oscurecimiento pasajero ó permanente de la razon y deseos eróticos insaciables. Puede ser idiopática y sintomática y ambas se presentan bajo la forma aguda ó la crónica.

Louyer-Villermay ha dado los caractéres de lo que llama temperamento erótico ó uterino que son los siguientes: color de la piel generalmente moreno, cabellos negros y abundantes, ojos rasgados y brillantes ocupados siempre áun involuntariamente en dirigir miradas incitantes, nariz aguileña, boca grande, labios gruesos, hermosa dentadura, talla mediana, bastante desarrollo muscular, buena conformacion general, inteligencia viva y penetrante, voz gruesa pero de timbre agradable. Las glándulas mammarias se encuentran bien desarrolladas, pero con poco tejido adiposo; la extension antero-posterior de la vulva es mayor que de ordinario, el clítoris muy desarrollado. Este tipo, que si no es el de una Vénus de Médicis, es cuando ménos el de una mujer que incita los sentidos, se encuentra con más frecuencia en los países cálidos que en los frios y es muy comun en las mestizas. En estas mujeres, el predominio del aparato generador es incontestable y si una educacion moral bien dirigida ó un matrimonio por amor no se oponen á ello, la ninfomanía se desarrollará sin duda alguna.

Hay otros casos en que esta predisposicion no es tan manifiesta, pero las malas compañías, viciosos ejemplos, hábitos contraidos ó un amor contrariado, ponen en acti-

vidad los órganos sexuales y tambien entónces la enfermedad se presenta.

Es preciso no olvidar, sin embargo, que en la ninfomanía las excitaciones que tarde ó temprano la producen, parten siempre de los órganos sexuales, y reflejándose luego sobre el cerebro, la locura que no tarda en presentarse no es debida en manera alguna á una lesion de este órgano, sino que esta lesion, cuando existe, es siempre consecutiva.

En otras ocasiones las excitaciones genésicas son debidas á estados irritativos de los órganos generadores; á verdaderas enfermedades inflamatorias de estos; quizás á la presencia de lombrices; y entónces la ninfomanía ya no es idiopática, sino sintomática.

De cualquier manera que sea, unas veces se presenta bajo la forma aguda, siendo su duracion total apénas de quince ó veinte dias, y otras bajo la crónica que puede durar áun años, y ya se trate de la una ó de la otra se le consideran tres períodos, que podemos muy bien llamar de incitacion, de lucha y de derrota, ó de deseo, de pasion y de locura.

En el primer período la mujer se encuentra triste y se la ve desmejorar paulatinamente; la presencia de individuos del otro sexo le sonroja y una sensacion de ardor, de prurito y de tension hácia los órganos genitales, enciende en ella á cada instante deseos que trata de dominar. Un tratamiento bien dirigido y el matrimonio triunfarian entónces quizás de la afeccion; pero en esta época la mujer procura por todos los medios posibles, y lo consigue, ocultar á todo el mundo su verdadera situacion.

Continúa la enfermedad adelante y ya la irritacion hácia los órganos genitales es tan considerable que no puede estar sentada, porque el calor aumenta la excitacion,

ni aún andar de prisa, porque el roce de los muslos la enardece más y más; las mammas se le ponen doloridas, los pezones se encuentran siempre en ereccion y áun resuman un líquido lactescente. Ya la mujer no huye las conversaciones eróticas, sino que las provoca á cada paso, y si la educacion áun le opone alguna valla, busca en el placer solitario ó en las complacencias de Lesbos el alivio á su padecer.

En el tercer período ya no hay valladar que se oponga. Corre la mujer desalada en solicitud de la satisfaccion de sus apetitos que nunca se ven colmados, ocurriéndole lo que dice el poeta de Mesalina al volver de sus excursiones á los cuarteles en que se alojaban las legiones romanas:

Tamen lassata vires sed non satiata secessit.

Sobrevienen entónces espasmos, delirio y convulsiones, los órganos genitales se inflaman, aparece fiebre lenta y áun el marasmo, y en medio de éste, ó en un estado muy parecido al de la hidrofobia, sucumben estas infelices.

En la forma aguda estos tres períodos se suceden con pasmosa rapidez; en la crónica tarda meses y aún años el tránsito de uno á otro.

Diagnóstico.—Entre la erotomania y la ninfomanía existe la notable diferencia de que en la primera se trata de un amor platónico que puede recaer áun en séres inanimados, sin que se presente el menor deseo sensual, y en la segunda todo es sensualidad; aquella es la exaltacion del espíritu, ésta es la exaltacion de la materia.

El *curso* de esta enfermedad es contínuo, aunque se han visto casos de suspenderse durante el embarazo, para reaparecer despues del parto.

El *pronóstico* es muy reservado. Apénas se encontrará algun caso de curacion de la ninfomanía aguda. En la crónica hay que tener en cuenta la causa que la ha producido, la duracion, el período en que se encuentre y la educacion que ha tenido la enferma, pero de todas maneras, siempre es una enfermedad muy grave.

Tratamiento.—Lo primero es sustraer la causa si se conoce. He indicado que un matrimonio de inclinacion puede detener la enfermedad en su primer período, despues de llena la indicacion causal. En el segundo período se han aconsejado las emisiones sanguíneas generales ó locales á la vulva y parte interna de los muslos, si la mujer es robusta. Además los baños generales templados de larga duracion. El alcanfor, el bromuro de potasio á altas dósis, la nicotina, la cicuta y áun el ópio se han recomendado tambien mucho, si bien yo creo que respecto al ópio seria mejor sustituirlo con el hidrato de cloral.

Se ha propuesto, aunque con casi constante mal éxito, la escision del clítoris.

No hay que decir que los medios morales deben tambien emplearse en todos los casos.

§ III.

Anafrodisia.

Entiéndese por anafrodisia la falta de deseos venéreos. Diferénciase de la impotencia, en que en ésta existe la imposibilidad absoluta de la recepcion del esperma humana en vaso idóneo para la reproduccion (definicion del Dr. Mata); y de la exterilidad en que en esta no hay

ovulacion ó es imperfecta, no siendo el óvulo producido capaz de desarrollar un nuevo individuo.

La falta de deseos venéreos puede ser constitucional ó sintomática de una afeccion determinada. Hay mujeres *muy frias* como les llama el vulgo, cuyos caractéres son: talla elevada generalmente; pocas carnes ó mucha abundancia de tejido adiposo; color de la piel blanco mate con las mejillas ligeramente matizadas de rojo; cabello rubio; ojos azules ó verdes y sin expresion; regular desarrollo de la pélvis y pequeño del clítoris, mammas poco desenvueltas. Estas mujeres de cuyo tipo son representantes muchas de los países septentrionales, son escasas y tardiamente menstruadas y tienen corta sucesion; indiferentes á los goces del amor, sus matrimonios son siempre por cálculo, y á ellas debió aludir Londe, cuando aseguró en su tratado de Higiene privada que « la mujer no experimenta placer en el acto del cóito. » Esta es la anafrodisia constitucional.

En la sintomática la causa reside en una afeccion de los ovarios ó del cerebro ó de la médula espinal ó en una caquexia ó en un estado de debilidad ocasionado por excesos ó mucha abundancia de la menstruacion. Esta suele ser pasajera.

La anafrodisia constitucional es incurable y si bien no se opone al matrimonio, es una causa impediente de la felicidad de este estado. El pronóstico de la sintomática se halla bajo la dependencia del relativo á la enfermedad que la ha ocasionado.

Tratamiento.—El de la enfermedad principal; y cuando desaparecida esta aquella continúe, se debe emplear un régimen tónico, las fricciones secas ó aromáticas á la piel que cubre la parte posterior de la columna vertebral, a flagelacion, la hidroterapia y aún la nuez vómica, el

fósforo y la cantárida, aunque estos últimos medios muy rara vez. No hace mucho figuraba en la cuarta plana de los periódicos políticos el anuncio de un medicamento inapreciable, capaz de volver la actividad sexual hasta á los nonagenarios. Este resurrector de muertos se llamaba la Hofblondina que bien pronto cayó en descrédito.

SECCION 3.ª

ENFERMEDADES QUE PUEDEN COMPLICAR EL ESTADO DE LA GESTACION Ó SER SU CONSECUENCIA.

LECCION XX.

Enfermedades propias de la preñez. Su division.—Enfermedades de los órganos genitales. Endometritis.—Hidro-amnios.—Hidrorrea.

En la seccion primera he descrito la gestacion, el parto y las consecuencias de este como fenómenos puramente fisiólogicos, ó mejor dicho, de fisiología normal; pero no siempre por desgracia esos estados pasan de la manera indicada, sino que circunstancias pertenecientes unas al temperamento y constitucion de la mujer, otras á sus hábitos ó género de vida, algunas puramente accidentales ó fortuitas, trastornan la marcha normal y vienen á constituirse verdaderos estados patológicos que ponen en riesgo la vida de la madre ó la del nuevo ser ó la de entrambos y exigen la intervencion (activísima á veces) del profesor.

De estos diversos estados patológicos me ocuparé en esta seccion en el órden siguiente:

1.° Enfermedades propias de la preñez.

2.° Enfermedades que pueden complicar la gestacion é influencia de ésta sobre las enfermedades.

3.° Aborto y parto prematuro.

4.° Partos distóxicos.

5.° Lactancia natural y artificial.

6.° Enfermedades propias del puerperio y de la lactancia.

7.° Influencia del parto, del puerperio y de la lactancia sobre ciertas enfermedades.

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA PREÑEZ.

A imitacion de Churchill dividiré estas enfermedades en tres sub-órdenes, incluyendo en el primero las de los órganos genitales, en el segundo los desórdenes producidos por irritacion refleja y en el tercero los trastornos ocasionados por la accion mecánica del útero distendido.

A.—ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS GENITALES.

Trataré con la brevedad posible de la endometritis, el hidro-amnios, la hidrorrea, la prolongacion edematosa del cuello uterino, la leucorrea, las vegetaciones, el edema de los labios mayores, el prurito de la vulva y la relajacion y la inflamacion de las articulaciones de la pélvis.

§ I.

ENDOMETRITIS.

Consiste en la inflamacion de la mucosa uterina, enfermedad que ha sido descrita con el nombre de metritis mucosa, y yo no tendria inconveniente en conservarle ese nombre si en las descripciones que traen los autores se comprendiesen las lesiones que esta enferme-

dad produce. Pero por una parte vénse en los tratados de ginecologia figurar como entidades patológicas muy distintas la metritis mucosa, los pólipos mucosos del cuerpo del útero, los quistes mucosos del mismo y con mucha más razon las molas hidáticas; y como todas estas al parecer distintas enfermedades pueden referirse á una sola y como por otra parte la palabra endometritis es muy capaz de significar el asiento y la naturaleza de estas lesiones, de aquí que la adopte con preferencia á cualquiera otra.

Entiendo, pues, por endometritis la inflamacion de la mucosa uterina y de las partes que son su inmediata dependencia. Definida así resulta á primera vista una division importante en endometritis mucosa y endometritis decídua, siendo la primera la inflamacion de la mucosa uterina y la segunda la de las partes dependientes, ó mejor dicho, procedentes de ellas. La endometritis mucosa, á su vez, se subdivide en superficial ó catarral, en la que la inflamacion es muy ligera y superficial (significado extricto de la palabra catarral) y profunda ó quística, en la cual la inflamacion comprende todo el espesor de la mucosa y va acompañada de alteraciones en su estructura. La endometritis decídua por su parte se subdivide en placentaria y caduca, segun que se encuentre afectada la parte de la membrana caduca que contribuye á formar la placenta y constituye la porcion materna de ésta, ó invada á la otra porcion de la caduca que rodea el huevo con exclusion de la parte placentaria.

Las dos variedades de la endometritis mucosa pueden presentarse bajo las formas aguda y crónica, pero la endometritis decídua siempre es crónica.

Lesiones anatómicas.—Se han encontrado en la forma mucosa, infiltracion, reblandecimiento y áun ulceracion

del interior del útero. Las ulceraciones, cuando existen, presenta un fondo sonrosado, tienen sus bordes irregulares y están rodeadas de vasos numerosos y gruesos. En ocasiones la mucosa uterina se halla engruesada y retraida, asemejándose á una membrana serosa, pero si se la incinde, se notan en ella proeminencias parciales blandas y muy vascularizadas. Otras veces estas proeminencias se observan desde el principio, constituyendo las granulaciones ó fungosidades uterinas descritas cuidadosamente por Recamier; aumentan paulatinamente, toman la forma de un hongo ó la de verdaderos pólipos pediculados que pueden descender á la cavidad del cuello uterino, aparecer entre los lábios de su orificio externo y áun se les ha visto entre los de la vulva, á pesar de que procedian del fondo de aquel órgano. Estos cuerpos pediculados son muy vasculares en su superficie, porque en ella los vasos delgados que penetran por el pedículo se dilatan extraordinariamente, y de aquí las frecuentes y áun considerables hemorragias que determinan. En el interior de estos pólipos, cuyo volúmen es siempre pequeño, aunque su pedículo sea muy largo, existen quistes mucosos cuya manera de producirse es la siguiente: ó la inflamacion catarral es causa de la obstruccion de los utrículos glandulares de la mucosa uterina, ó la secrecion de estos utrículos se encuentra muy exagerada, de modo que no pudiendo salir por sus orificios todo el líquido que se segrega, se estanca necesariamente y produce la distension del utrículo, al paso que ciertas modificaciones en la estructura de éste, consistentes en la trasformacion lenta de su epitelium en epitelium pavimentoso, en el desprendimiento de algunas de estas células epiteliales que quedan libres en la cavidad del quiste, en la trasformacion grasienta de estas células y en la formacion de ciertos granos

gelatiniformes. El múcus al mismo tiempo se enturbia y áun se observan en él algunos corpúsculos mucosos y glóbulos de pus. Si estos cambios ocurren cuando ya está cerrada la abertura del utrículo, adosándose un quiste á otro se perfora su pared medianera y se convierten dos en uno, y esto es una de las causas de la formacion de quistes voluminosos, pero si áun el orificio de aquel está abierto, ocurre á menudo que una porcion más ó ménos extensa de la mucosa, se trasforma en una masa gelatiniforme.

Hasta aquí las lesiones anatómicas de la endometritis mucosa, que en el estado de gestacion rara vez deja de ir acompañada de algunas alteraciones en la placenta y en la caduca. Veamos ahora lo que la inspeccion anatómica nos muestra en la endometritis decídua. Recordaremos que la membrana caduca es la misma mucosa uterina que hiperemiada durante la ovulacion se engruesa considerablemente desde el momento de la impregnacion del óvulo, y, ó es arrollada por éste á su llegada á la matriz formando una cubierta doble en los primeros tiempos y sencilla luego á causa de la fusion de sus dos hojas, ó, como aseguran otros, va circunscribiendo lentamente al óvulo despues de algun tiempo de su permanencia en el útero; pero de todas maneras, en una época avanzada del embarazo, es una cubierta completa del huevo humano, y por el intermedio de ella se relaciona la placenta con la matriz. Debajo de la caduca se encuentran el corion y el amnios, y nadando en el líquido de éste, el fétus sostenido á la placenta, órgano de comunicacion con la madre, por un cordon (cordon umbilical) constituido por la vena umbilical, las dos arterias umbilicales y cierta cantidad de una sustancia gelatiniforme (gelatina de Wharton) y cubierto por una pro-

longacion de las dos membranas corion y amnios. (1)

Ahora bien; en la endometritis decídua existen ó engruesamiento de la membrana, ó induraciones fibrosas más ó ménos circunscritas y tumores poliposos constituidos por un tejido mucoso muy vascular. Virchow describe un caso en el que la caduca inter-útero-placentaria se hallaba muy gruesa, penetrando porciones de ella muy duras entre los cotyledones de la placenta, á manera de cuñas. Estas porciones duras tenian una parte cortical fibrosa, en cuyo interior existia un tejido blando, rojizo en unos puntos y amarillento en otros. El microscopio comprobó la existencia en esos tumores ó cuñas de un tejido conectivo de grandes células, en el que se encontraban diseminados grupos de células jóvenes que habian empezado á sufrir la degeneracion grasienta.

El engruesamiento y las induraciones á que más arriba aludí, existen, ó en la porcion de la caduca que cubre la placenta (endometritis placentaria) y de ello es un notable ejemplo el caso que acabo de citar de Virchow, ó en el resto de la caduca (endometritis caduca), ó en ámbas á la vez.

Causas.—La endometritis, y con especialidad la decídua, es muy frecuente en las mujeres que tienen una sífilis constitucional, constituyendo entónces una de las causas más poderosas de aborto; el caso que he citado de Virchow, á quien se lo comunicó Cárlos Mayer, recaia en una mujer sigilada del vicio indicado. Puede resultar tambien de la trasmision, por continuidad de tejido, de una inflamacion de la vagina. Los excesos venéreos, el cóito incompleto, una abstinencia prolongada si se trata de una mujer muy excitable y que recuerda á menudo mejores tiempos, una supresion de traspiracion, presiones

(1) Véase Anatomía y fisiología del fétus.

sobre el vientre, la compresion hecha sobre la matriz con un corsé-faja destinado á encubrir las consecuencias de una falta, todas estas causas pueden producir esa afeccion para la que existe ya una predisposicion notable en el hecho mismo del embarazo, durante el cual hay en el útero una actividad tan extraordinaria.

Síntomas.—Una leucorrea abundante acompañada de cierto malestar general, cansancio, peso en el vientre, sensibilidad en éste y en el cuello uterino, pueden hacernos concebir sospechas acerca de la enfermedad, pero si á estos síntomas se sigue una metrorragia más ó ménos abundante y sin causa aparente, que tratada de una manera racional cede para presentarse de nuevo á los pocos dias y así sucesivamente hasta que se presenta el aborto, que en ocasiones tiene lugar á la primera hemorragia, nuestra presuncion se convertirá en certeza, llevándonos á la evidencia más absoluta el exámen de las secundinas ó del huevo, donde notaremos las lesiones que más arriba indiqué, si se trata de la endometritis decídua. En la endometritis mucosa hallaremos muchas veces las membranas del fétus en su estado normal, pero observaremos que áun durante el puerperio (en el que entónces hay mucha predisposicion á las inflamaciones agudas del útero, á la septicemia etc.) aparecerán bien pronto las hemorragias á que antes se aludia, las cuales sobrevienen con preferencia en los dias próximos á las épocas menstruales. Si en vista de esto practicamos un reconocimiento, el tacto nos hará conocer que el cuello uterino está tumefacto, sensible á la presion y dilatada su abertura, á pesar de que sea ya tiempo muy suficiente á que se haya verificado la completa involucion de la matriz; el cateterismo uterino nos hará conocer que la sonda entra con mucha facilidad, llegando hasta 7 ú 8 centíme-

tros y saliendo teñida de sangre, y por último, la exploracion especular confirmando los datos suministrados por el tacto, nos permitirá ver en algunos casos producciones mucosas polipiformes asomando entre los labios del orificio uterino.

Con todos los datos indicados se puede diagnosticar, como hemos visto, la endometritis durante la preñez pero no la especie de ésta, lo cual solo se conseguirá con el exámen del producto abortado y luego con la persistencia de los síntomas y el resultado de la exploracion, puesto que es constante que en los casos en que ha existido una endometritis mucosa durante el embarazo, se agrava notablemente despues del parto, siendo tambien de observacion, aunque con mucha menor frecuencia, que las que padecieron una endometritis decídua suelen padecer despues del aborto la otra forma de la enfermedad.

Pronóstico.—Esta afeccion es mortal para el fétus, sea cualquiera la variedad de ella de que se trate, pues todas determinan el aborto. Podria haber alguna pequeña esperanza en el caso en que la afeccion comenzase en una época en que el fétus sea ya viable, máxime si se trata solo de la forma mucosa.

Tratamiento.—Somos completamente impotentes para triunfar de esta enfermedad durante el estado de gestacion, y más que un tratamiento curativo es el paliativo ó el de los síntomas el que debemos emplear; y como entre estos la hemorragia es el más importante, tenemos que oponernos á ella con energía con todos los medios que se indicarán al tratar del aborto. Sin embargo, si se tuvieran indicios de una sigilacion sifilítica, no será imprudente la administracion de los mercuriales y á la cabeza de ellos el mercurio gomoso de Plenk como más fácilmente tolerable ó el proto-ioduro asociado al ópio, como el más enérgico.

Despues del aborto, se usará el tratamiento de que nos ocuparemos especialmente al tratar de las diversas variedades de metritis que pueden sobrevenir en el estado de vacuidad.

§ II.

Hidro-amnios.

Es una lesion secretoria de la membrana amnios, la más interna de las tres que como hemos visto rodean al fétus. Cuando la cantidad del líquido segregado pasa de un kilógramo á kilógramo y medio, puede decirse que existe la hidropesía. Esta enfermedad se ha creido que es debida á una inflamacion del amnios por más que no existen observaciones concluyentes en apoyo de esta opinion; pero lo que se encuentra constantemente en la práctica es que en todos los casos hay ó una mala conformacion del fétus, ó una anasarca en la madre ó una sífilis constitucional ó un estado pletórico, sin que falten algunos en que haya sido precedida de los signos de una violenta inflamacion.

Causas.—Quedan expuestas en lo que acabo de indicar. Es muy frecuente esta enfermedad en los embarazos dobles y rara vez aparece antes del quinto mes.

Síntomas.—El más notable es la excesiva distension del útero, que rápidamente llega á adquirir el volúmen de los últimos tiempos del embarazo y áun en ocasiones mayor, siendo de notar que un desarrollo del útero igual al del noveno mes produce fenómenos mecánicos mucho más intensos que en el estado de gestacion, lo cual es debido sin duda alguna á que en este la distension es muy lenta y en el hidro-amnios se hace con suma rapidez, lo

cual es causa de que no cediendo lentamente y dilatándose las paredes abdominales, el útero no se inclina hácia adelante y á la derecha, sino que asciende directamente á comprimir el diafragma y por su intermedio los órganos respiratorios y el central de la circulacion, todo lo cual origina una disnea considerable y todos los síntomas de una asfixia inminente, la cual no es extraño que tenga lugar si el arte no interviene.

Diagnóstico.—Puede confundirse el hidro-amnios con una hidropesía ascitis concomitante ó no de un embarazo. Cuando éste existe y la ascitis lo complica, no tiene el vientre la figura que en un embarazo á término, sino que es igualmente redondeado, siendo fácil hacer constar la fluctuacion, que es muy clara. Además hay una considerable infiltracion en las extremidades inferiores, la sed es intensa, las orinas escasas y sedimentosas y el commemorativo ó un exámen atento nos demuestra un padecimiento anterior causa de la ascitis.

En el hidro-amnios el vientre tiene la figura del de una embarazada á término, la fluctuacion no se percibe ó es muy oscura, en las extremidades inferiores hay poca infiltracion pero son muy notables las varices, las orinas son abundantes y más claras, y faltan los síntomas de otra enfermedad.

Si la ascitis no viene á complicar el embarazo, el diagnóstico es más fácil y debe fundarse además de los síntomas indicados, en la falta de los signos del embarazo.

Pronóstico.—Es muy grave para el fétus á cuyo desarrollo se opone y cuya salida prematura determina con frecuencia, pues cuando el útero ha adquirido cierta distension se despierta su contractilidad ocasionándose el aborto; y por otra parte, en la mayoría de ocasiones hay

que provocar éste para salvar la vida de la madre amenazada de una axfixia inminente. No es tan grave este pronóstico para la madre, cuando el arte interviene oportunamente.

Tratamiento.—Si se conoce la causa, trataremos de oponernos á su influencia; pero en caso contrario nos tendremos que limitar al uso de los diuréticos y diaforéticos, cuya eficacia es muy dudosa. Si se confirmasen las propiedades que el Dr. Benavente atribuye al *jaborandi*, al que considera como un poderosísimo diaforético á la dósis de cuatro gramos de su polvo, seria un buen recurso para esta enfermedad, pues segun el profesor referido este medicamento determina el sudor á los diez minutos de su administracion y sin necesidad de abrigo. Sabida es la virtud que se ha concedido á el cocimiento de las sumidades floridas de la gayuba en el tratamiento de todas las hidropesías, virtud que no he visto confirmada en un solo caso á pesar de haber administrado mucho ese medicamento. El extracto del *fucus vesiculosus* ha sido tambien muy recomendado, por más que tambien tenga yo la desgracia de no haberle visto hacer sus pretendidos milagros ni en las hidropesías ni en la polisarcia, de la que se creia fuese casi un específico.

El único medio verdaderamente eficaz consiste en la puncion de las membranas del huevo y la provocacion del parto prematuro, si el estado de la madre permite aguardar al sétimo mes de embarazo y sinó la del aborto.

§ III.

Hidrorrea.

Esta afeccion ha sido descrita tambien con el nombre

de *aguas falsas*, y consiste en la expulsion por la matriz sin intervalos regulares y sin contracciones uterinas, de una cantidad mayor ó menor de un líquido amarillento, muy claro, con ligero olor espermático. Parece que este líquido se halla contenido entre el corion y el amnios antes de su expulsion y que ésta es debida á pequeñas roturas del corion. Segun Naegele este líquido se encuentra entre el útero y el huevo.

Sus causas son desconocidas.

La falta de contracciones uterinas y de los síntomas subsiguientes de aborto, distinguen esta afeccion de la perforacion de las membranas del huevo.

El pronóstico carece de gravedad y estos flujos se repiten varias veces en el embarazo, una vez presentado el primero. Sin embargo, en algun caso, aunque muy raro, la hidrorrea ha determinado el aborto.

El tratamiento se reduce á aconsejar el reposo y la abstencion del cóito, evitar cualquier impresion moral y si se presentan algunas ligeras contracciones uterinas prescribir unas enemas con doce á catorce gotas del láudano de Sydenhan.

LECCION XXI.

Continúa el asunto anterior. — Prolongacion edematosa del cuello uterino.—Leucorrea.—Vegetaciones.—Edema de los labios mayores.—Prurito de la vulva.—Relajacion é inflamacion de las articulaciones de la pélvis.

§ IV.

Prolongacion edematosa del cuello uterino.

En 1872 publicó Guéniot en los *Archives de medecine* un trabajo sobre esta enfermedad de la que solo existia alguna que otra observacion que habia pasado desapercibida, y desde entónces se ha fijado en ella la atencion de los prácticos.

Causas.—El temperamento linfático, una constitucion débil, una mala alimentacion, un prolapsus antiguo del útero así como una salud delicada y haber tenido muchos hijos, constituyen una predisposicion fuerte á esta enfermedad que es ocasionada frecuentemente por ejercicios ó esfuerzos continuados aunque no sean muy violentos. En ciertos casos no aparece comprobada la causa ocasional, bastando con las predisponentes y el estado mismo de embarazo, en el que es sabido que se verifica un reblandecimiento del cuello uterino, causa principal de la afeccion.

Síntomas.—Suele presentarse la enfermedad de que tratamos desde los primeros meses del embarazo y se le reconoce por los dolores que experimenta la mujer hácia la vulva, ingles y lomos y la dificultad considerable en

la emision de la orina, que acompañan á los síntomas locales, que son los verdaderamente importantes y necesitan del tacto vaginal para poder ser apreciados. Practicándolo, se toca el cuello uterino apénas se introduce el dedo en la vagina, y ese cuello está blando, pastoso, conserva la impresion del dedo cuando se le comprime, se encuentra dilatado y áun á veces se le percibe entre los lábios de la vulva; adopta entónces la forma del cuello de una botella con su reborde situado en su terminacion y llega á tener á veces hasta 8 ó 9 centímetros de extension vertical.

Diagnóstico.—Se distingue de la hipertrofia del útero en que el tumor es blando, edematoso, como dice su nombre, crece con más rapidez y desaparece despues del parto. Para diferenciarla del prolapsus basta recordar que en la prolongacion edematosa del cuello no existe relajacion de la mucosa vaginal, y en cuanto al fondo de la matriz se encuentra en el lugar que le corresponde.

Pronóstico.—No es una enfermedad de importancia para la madre durante el embarazo, aunque sí para el fétus, cuya prematura expulsion puede solicitar. Durante el parto es un obstáculo, aunque no de entidad, para su pronta terminacion.

Tratamiento.—Se aconsejará la quietud á la enferma, se la prescribirán algunas enemas laudanizadas para moderar las contracciones uterinas, si se presentan, y se procurará reducir el tumor si sobresale de la vulva, manteniendo la reduccion con una esponja introducida en la vagina y sujeta con un vendaje en T. Es ocioso indicar que debe alejarse la causa siempre que sea posible.

Esta enfermedad desaparece á menudo expontáneamente despues del parto.

§ V.

Leucorrea vaginal.

Llámase así á un flujo mucoso ó muco-purulento que sale por la vulva.

Causas.—Esta afeccion es tan frecuente durante el embarazo, que apénas hay mujer que no la padezca con mayor ó menor intensidad. Es debida sin duda alguna por una parte al exceso de actividad circulatoria que existe en todo el aparato genital y por otra á la excitacion secretoria que determina la gestacion en dicho aparato. Esta es la opinion de Churchill. Además de estas causas especiales (que así podemos llamarlas) constituyen una predisposicion á la leucorrea el temperamento linfático, la debilidad de la constitucion, la multiparidad, los excesos en el cóito, etc.

Síntomas.—El principal es la salida por la vulva de mayor ó menor cantidad de un líquido incoloro, trasparente y sin olor, ó espeso, amarillento y con flocones albuminosos, y áun algunas veces con cierto olor repugnante y tal acritud que escoria las partes por donde pasa. Examinado este líquido al microscopio se observan en él glóbulos de mucus, células epiteliales y glóbulos de pus que se multiplican con extraordinaria rapidez.

La abundancia del flujo puede promover una debilidad considerable, calambres de estómago y dolores en los lomos, no siendo estraño que sobrevengan contracciones uterinas y áun el aborto mismo. Tambien se ha observado en casos determinados un movimiento febril más ó ménos intenso, pero esto ha sido cuando han coexistido

con el flujo, accidentes inflamatorios por parte de la vagina.

Pronóstico.—Es favorable en la inmensa mayoría de casos. Sin embargo no debe olvidarse lo que acabo de indicar acerca de la predisposicion al aborto que ocasiona una leucorrea abundante, y del estado de debilidad en que puede constituir á la mujer.

Tratamiento.—En los casos sencillos debe prescribirse únicamente el aseo y la abstinencia de todo cuanto pueda ocasionar una excitacion más ó ménos directa del aparato genital. Si el flujo es muy abundante se aconsejan inyecciones vaginales con agua tibia alcoholizada ó con agua vegeto-mineral ó una disolucion de bicarbonato sódico; y solo en casos muy graves se hará uso de disoluciones poco concentradas del nitrato de plata (4 á 6 granos por onza de agua). Al mismo tiempo podrá administrarse al interior la trementina de Venecia, el mático y algun tónico neurosténico ó reconstituyente. Si se anuncia el aborto debemos comportarnos de la manera que se indicará al tratar de este grave accidente.

§ VI.

Vegetaciones.

En las mujeres que tienen una leucorrea abundante y en que el flujo es acre, se observan á menudo vegetaciones alrededor de la abertura externa de la vagina y del ano, las cuales más que una enfermedad que ponga en riesgo la salud de la mujer ó la vida del fetus, constituyen una molestia considerable por el picor y áun el dolor que determinan hácia los órganos genitales exteriores.

Como de las vejetaciones ha de volverse á tratar en

esta obra, solo diré ahora que se previene su produccion procurando el aseo de las partes, y que únicamente en el caso de que por su mucho volúmen y situacion ocasionen grande incomodidad ó puedan ser un obstáculo al parto, se hará su extirpacion antes de que este sobrevenga, teniendo en cuenta que hecha en esas circunstancias, la reproduccion es casi segura y que esta no tiene lugar cuando la operacion se ejecuta despues del puerperio.

§ VII.

Edema de los lábios mayores de la vulva.

La tumefaccion edematosa de los lábios mayores es muy frecuente en las mujeres embarazadas, con especialidad en los cuatro últimos meses. Se la observa en aquellas que padecen albuminuria, en las que se hallaban cloróticas antes del embarazo y en las que son víctimas por cuatquier causa, de un estado considerable de debilidad general. Davis dice que en las mujeres de ancha pélvis es debida á cierto descenso del útero, el cual entra algun tanto en la escavacion.

Síntomas.—Tumefaccion considerable de los lábios mayores, la cual permite dejar gravada la impresion de los dedos cuando se hace alguna compresion en ellos; esta tumefaccion es menor por la mañana al levantarse la embarazada que por las noches y ocasiona alguna picazon y dificultad para andar.

Cuando el edema es muy considerable, puede ser un obstáculo al parto.

El tratamiento consistirá en fricciones con líquidos aromáticos, abrigo á la vulva, y sólo en el caso de que sea muy considerable y en el tercer tiempo del parto, es cuando convendrá hacer algunas escarificaciones.

§ VIII.

Prurito de la vulva.

Consiste en un picor ó escozor doloroso limitado unas veces á la cara interna de los lábios mayores, á las ninfas, al vestíbulo, al conducto vaginal ó al cuello uterino, y estendido otras veces á todas estas partes. Se observa en los primeros meses del embarazo y á menudo coincide con una erupcion pruriginosa. En las mujeres afectadas de vaginitis ó de úlceras en el cuello de la matriz ó de herpetismo, es comun el prurito tanto en el estado de gestacion como en el de vacuidad de la matriz.

Síntomas.—El más culminante es una sensacion de picor ó escozor doloroso que se aumenta con el calor, aliviándose momentáneamente con el frio y que obliga á las mujeres á rascarse, lo cual exacerba considerablemente el prurito. Este picor es en ocasiones completamente intolerable y pone á las mujeres en un estado de excitacion algo alarmante.

El pronóstico no es grave. Muy rara vez ha producido el aborto.

Tratamiento.—El de la causa que lo ha producido. Localmente aconseja Devees de Filadelfia las lociones con una disolucion de borato de rosa y cloruro mórfico en agua de rosas. Scanzoni preconiza el uso del cloroformo con el aceite de olivas (2 gramos del primero por 32 del segundo). Rigby las fricciones de partes iguales de aceite de hígado de bacallao y de pomada de precipitado rojo. West dice que ha visto surtir muy buenos efectos la administracion interna del sulfato de quinina á la dósis de dos granos (1 decígramo) cada seis horas, y al extracto

de belladona á la de medio grano por tres de alcanfor (25 miligramos por 15 centigramos) repitiendo la dósis hasta que se declaren los primeros síntomas de la intoxicacion (oscurecimiento de la vista, vértigos, sequedad á la garganta, etc.)

Cuando el prurito es verdaderamente en la vulva, nada más eficaz que las cauterizaciones con el nitrato de plata que algunos lo aconsejan en disolucion, pero que yo la practico recorriendo rápidamente los órganos genitales externos con la barra, siendo muy raro el caso en que he tenido que hacer la tercera cauterizacion y muy frecuentes aquellos en que la primera ha sido suficiente para hacer desaparecer un prurito asaz intolerable.

§ IX.

Relajacion de las sínfisis pélvicas.

Desde los tiempos de Hipócrates se ha admitido por la mayoría de los médicos que durante el embarazo hay cierto grado de encharcamiento (permítaseme la frase) en las articulaciones de la pélvis, á consecuencia del cual los huesos de esta adquieren alguna movilidad, llegando en determinados casos á cabalgar los unos sobre los otros, principalmente los dos púbis entre sí. En esta relajacion de las sínfisis confian muchos parteros para que sea posible el parto en ciertos casos de estrechez no muy considerable.

Aunque Dulaurens, Rodrigo de Castro, Mauriceau, etcétera, niegan esta separacion de las sínfisis, en la actualidad es un hecho perfectamente comprobado por multitud de observaciones hechas en los cadáveres de mujeres recien-paridas. No es, sin embargo, muy considerable

en circunstancias normales y muchas veces pasa desapercibida para la mujer y para el partero, pero en determinadas ocasiones esa relajacion es tan grande que llega á constituirse en un verdadero estado patológico y no de los ménos importantes.

Causas.—Ya he dicho que en todas las mujeres embarazadas existe en mayor ó menor grado la relajacion de las sínfisis pélvicas, pero esta es mucho más considerable en las de temperamento linfático y fibra floja, principalmente si existe una anasarca.

Síntomas.—Dolor expontáneo no muy intenso que las mujeres refieren unas veces á los lomos, otras al hipogástrio, pero que si comprimimos hácia las sínfisis sacroilíacas ó la del púbis, veremos que ese dolor se exacerba considerablemente. Hay además cierta dificultad en la progresion que puede llegar en los casos graves hasta la imposibilidad absoluta de andar. Cuando la relajacion no es mucha, andan las mujeres de un modo especial, como balanceándose y arrastrando los pies y dicen que sienten como un chasquido en las articulaciones relajadas.

La relajacion de las sínfisis de la pélvis aumenta en ciertas ocasiones despues del parto, y aunque lo más frecuente es que desaparezca durante el puerperio, no faltan casos en que se la ha observado persistir meses, años enteros y áun todo el resto de la vida.

Pronóstico.—Baudelocque consideraba esta afeccion como una causa de parto distóxico, creyendo que con ella no presentaban los huesos de la pélvis punto de apoyo sólido á los músculos abdominales para que por sus contracciones ayudasen á la accion de la matriz, faltando por lo tanto esta causa eficiente accesoria del parto. Desormeaux, Halmagrand y otros, creen por el contrario que

esa relajacion hace posible el parto expontáneo en ciertas estrecheces no muy graduadas de la pélvis.

Tratamiento. Aparte del uso de los tónicos al interior y de algunas lociones astringentes, el medio más eficaz consiste en la aplicacion de una faja ó cinturon que rodee y comprima la pélvis. Martin ha dispuesto un aparato tan sencillo como ventajoso, que consiste en un círculo metálico bastante fuerte y de extension suficiente á rodear toda la pélvis, cubierto por todas partes de algodon ó de lana cardada ó de estopa etc. Este círculo está abierto y en sus extremidades lleva unidas dos correas, una larga y con agujeros y otra con una hebilla. Se coloca el aparato rodeando las caderas entre las crestas ilíacas y los trocánteres mayores del fémur y se anuda fuertemente por delante, valiéndose para ello de las correas que he indicado. Este aparato puede aplicarse áun durante la gestacion, y á menudo es el único agente de la curacion de la enfermedad de que se trata.

§ X.

Inflamacion de las sínfisis pélvicas.

Es una enfermedad muy rara durante el embarazo y algo más frecuente en el puerperio. Sobreviene unas veces, aunque no siempre, en las mujeres en que la relajacion de las sínfisis es extrema, y respecto á sus causas sólo se ha podido comprobar la influencia del frio y del traumatismo.

Síntomas.—Consisten en un dolor más ó ménos vivo y á veces intensísimo en una ó varias articulaciones pélvicas. Este dolor aparece de repente, es gravativo y en pocos casos lancinante, y se exacerba considerablemente

con los movimientos y con la presion practicada sobre las articulaciones afectas. Cuando la inflamacion es intensa suele formarse un tumor en el mismo sitio ó en su vecindad, abriéndose expontáneamente despues de muchos sufrimientos y dando salida á un pus (rara vez loable y en la mayoría de ocasiones con los caractéres del que es producto de la osteitis supurada), formándose una fístula que tarda mucho tiempo en desaparecer y que áun puede ser causa de la estenuacion de la enferma y de su muerte, de lo que Hiller y Monod han citado dos ejemplos.

Pronóstico.—De lo dicho se deduce la gravedad de esta afeccion cuando tiene cierta intensidad.

Tratamiento.—En los casos en que no hay fiebre y el dolor es muy grande, basta con la posicion horizontal, la dieta, algunas fricciones á las articulaciones enfermas con el ungüento napolitano belladonado y un ligero calmante al interior, para que la curacion se verifique en un espacio de tiempo que rara vez baja de dos setenarios. Pero si los dolores son agudos y existe un estado febril, hay que recurrir á las emisiones generales y locales de sangre, activar la absorcion del mercurio menudeando las fricciones con el ungüento napolitano y usando mayor cantidad de éste, sin olvidar la administracion de los narcóticos al interior. Si se desarrolla el tumor se le aplicarán cataplasmas emolientes laudanizadas, y en cuanto la fluctuacion sea manifiesta, se procurará la evacuacion del pus valiéndonos del aspirador neumático de Dieulafoy, y si á pesar de todo se forma la fístula, habrá que inyectarla con cocimientos aromáticos de salvia, romero, etc., á los que se agrega un tercio de una disolucion de ácido fénico (4 gramos por 380 de agua) ó de la tintura de aloes ó con la tintura de yodo diluida. En estos últimos casos se trata casi siempre de un estado general del organismo,

bajo cuya dependencia se encuentran la inflamacion de las articulaciones y la de los huesos que la acompaña, y entónces precisa usar al mismo tiempo los medicamentos internos capaces de modificar ese estado general y que se sacarán en la mayoría de casos de los anti-escrofulosos y anti-sifilíticos, pues el escrofulismo y la sífilis suelen ser la causa de los trastornos de que se trata.

LECCION XXII.

Continúan las enfermedades propias de la preñez.

B.—DESÓRDENES PRODUCIDOS POR IRRITACION REFLEXA.

Las enfermedades ó los desórdenes producidos por irritacion refleja del útero durante la preñez, se refieren á los aparatos digestivo, circulatorio, respiratorio, urinario y nervioso.

En el primero se comprenden el tialismo, la anorexia, la pica, el vómito, la gastralgia, el estreñimiento, la diarrea y la ictericia.

§ I.

Tialismo.

La salivacion ha sido considerada como uno de los síntomas de la preñez desde los tiempos de Hipócrates, por más que no se observa en todos los casos. Ha sido atribuida á una inflamacion de las glándulas salivares,

aunque segun Le Blond es única y exclusivamente un trastorno funcional dependiente de la inervacion. Aparece en algunas ocasiones desde el momento de la concepcion; en otras hácia la segunda ó tercera semana, y en algunas no ha comenzado hasta el sexto mes.

Sus síntomas consisten en una lijera espuicion ó en un verdadero flujo de saliva normal, algo viscosa á veces y con gusto desagradable, aunque sin mal olor, que llega hasta á interrumpir el sueño por la necesidad de arrojarla de la boca. Las encías se encuentran sanas y en esto se diferencia este tialismo del mercurial. Produce esta afeccion, cuando es exagerada, cierta debilidad y un estado de excitacion considerable.

El tialismo disminuye en los últimos meses del embarazo y desaparece con el parto á pesar de que Imbert lo ha visto seguir uno ó dos meses despues. De todas maneras no es una afeccion de gravedad.

Tratamiento.—Si la salivacion es moderada, es mejor abstenernos de emplear medicamento activo alguno, aunque solo sea ante el temor de que se reproduzca el hecho referido por Baudelocque, de que en un caso su supresion determinó una apoplegía. Basta, pues, entónces, alhagar únicamente la moral de la mujer con medios sencillos: yo he aconsejado muchas veces el uso de pastillas de malvabisco ó de magnesia que nada pueden contra el tialismo, pero que les sirve de entretenimiento y creen aliviarse. Algunas me han asegurado que teniendo constantemente en la boca un trozo de corteza de bellota ó de castaña, escupian mucho ménos y jamás he intentado siquiera ni cerciorarme de su dicho y mucho ménos por lo tanto contrariar su opinion.

En los casos graves se ha aconsejado practicar gargarismos con cocimientos de plantas astringentes; con di-

soluciones de clorato de potasa. de alumbre, de alcohol puro, etc. Fanhestock recomienda con este objeto el segundo cocimiento de zumaque. Burns y Churchill alaban os vejigatorios á la nuca ó detrás de las orejas. Este último autor dice haber usado las aplicaciones de sanguijuelas sobre las apófisis mastoides, pero este medio me parece completamente irracional.

§ II.

Anorexia.

Es muy frecuente en los primeros meses de la gestacion, siendo reemplazada á menudo despues del tercer mes por un apetito voraz, para reaparecer al final del embarazo. En otras mujeres la anorexia dura todo el tiempo que este.

Para distinguir cuando la anorexia es sintomática de un estado saburral del estómago y cuando un fenómeno puramente nervioso, bastará el exámen de la lengua.

El tratamiento consiste en la administracion de los amargos como los cocimientos de quina, centaura, quassia, genciana, etc. Se prescribirá un ejercicio moderado, la distraccion, el uso de alimentos nutritivos y de fácil digestion, permitiendo el vino ó la cerveza en las comidas. Cuando hay un estado saburral del estómago é intestinos, estará indicado un purgante que podrá ser el cremor en primer término, porque nunca determina contracciones en la matriz, ó el ruibarbo ó el aceite de ricino, no debiéndose administrar los eméticos ni áun cuando sea evidente la saburra gástrica, ante el temor de que pueda ocasionarse el aborto.

§ III.

Pica.

Bajo este nombre se comprenden los apetitos raros y áun depravados, que se observan muy á menudo durante los primeros tres meses del embarazo y rara vez más tarde. Constituye lo que se llaman *antojos*, á los que el vulgo cree indispensable acceder.

Imbert divide la pica en nerviosa, gastro-intestinal y pletórica, pero indudablemente siempre es un trastorno nervioso más bien hijo del estado de desarreglo en que suele hallarse el espíritu de la mujer, que de una lesion material del estómago ó intestinos, etc.

El *tratamiento* más conveniente consiste en una buena higiene. Si el objeto deseado por la mujer no puede serle dañoso, no hay inconveniente en concedérselo, pero en caso contrario se le niega sin temor á los consejos de ciertas mujeres *experimentadas* y áun matronas.

§ IV.

Vómitos.

Cuando se trató de los signos del embarazo, indiqué los vómitos, manifestando que sus caractéres eran el ser glerosos y sobrevenir por la mañana al levantarse. Limitados á esto, ni los vómitos tendrian importancia alguna, ni merecerian llamar nuevamente la atencion sobre ellos; pero con alguna frecuencia no ocurren así las cosas, sino que por el contrario, esa afeccion puede comprometer gravemente la vida de la mujer y del fétus.

Los vómitos sobrevienen en dos períodos muy distintos del embarazo, á saber: durante los tres primeros meses y entónces son nerviosos, y hácia los tres últimos, en que su producion es debida á la presion que el útero puede hacer, aunque indirectamente, sobre el estómago. Estos últimos no adquieren de ordinario tanta gravedad como los anteriores, acerca de los que me estenderé algun tanto.

Los vómitos nerviosos suelen aparecer á la tercera ó cuarta semana de la concepcion; pero se citan casos en que han sobrevenido á los pocos dias y áun al siguiente de aquella, y yo conozco uno en que de una manera evidentísima comenzaron apénas finalizado el cóito fecundante, prolongándose, aunque no con mucha intensidad, hasta fines del cuarto mes.

Unas veces sólo existen por la mañana al despertarse la mujer, durando apénas un cuarto ó media hora ó se prolongan dos ó tres más, desapareciendo en el resto del dia y de la noche; otras son nocturnos, y el dia se pasa con tranquilidad; no faltan casos en que duran todo el dia y parte de la noche, y áun existen algunos en que apénas descansan las pobres enfermas breves horas, presentándose siempre que se ingiere algo en el estómago y hasta sin ingerirlo.

Causas.—Se ha observado esta enfermedad en todos los temperamentos y constitucioues, siendo de notar que en unas mujeres existen en todos sus embarazos y en otras solo en algunos. Siebold y Carus afirman que son debidos á una inflamacion del estómago, lo cual se contraría completamente con el resultado de multitud de autopsias hechas. Burns dice que son originados por un estado morboso del útero, que segun Clay consiste en el reblandecimiento del cuello y segun Graily-Hewitt en una flexion del órgano. La opinion de Burns, parece,

pues, la más aceptada, y se admite generalmente hoy, que una afeccion cualquiera del útero es la causa de la irritacion nerviosa primitiva, reflejada luego al plexus solar de donde sabemos parte el plexus coronario estomático.

Sintomas.—Además de los vómitos que pueden aparecer de cualquiera de las maneras indicadas, y que son glerosos en los casos leves, de las sustancias ingeridas y materiales biliosos en los otros, hay, como es fácil de colegir, un estado de debilidad y una postracion en la mujer que guarda relacion con la intensidad y la frecuencia de esos vómitos. La cara se pone pálida y térrea, recordando sus facciones el aspecto de un colérico, el pulso se pone muy vivo y pequeño, y feliz la mujer en que sobreviene el aborto, pues este es en muchas ocasiones su única áncora de salvacion. Cuando la mujer llega á este estado de emaciacion, y alguna vez antes, no es raro que sobrevenga la muerte repentinamente y sin que hayamos podido presagiarla.

Prnóstico.—Benigno el de los vómitos que sólo aparecen en determinadas horas, permitiendo á la mujer nutrirse, y gravísimo en el caso contrario. A centenares se cuentan las mujeres que han sucumbido á consecuencia de esta afeccion.

Tratamiento.—Además de una buena higiene, en cuyos preceptos no entro ahora pues he de consagrar un capítulo á la higiene de la mujer embarazada, se han recomendado multitud de medios, muchos de los que voy á indicar.

Churchill, que en todas las enfermedades encuentra ocasion de sangrar, tambien lo aconseja en ésta, pero él mismo previene que sólo muy al principio, lo cual es suficiente para comprender que debemos proscribir absolutamente las emisiones sanguíneas. En los casos simples

bastará con recomendar alguna infusion aromática, una pequeña cantidad de magnesia calcinada ó de bicarbonato de sosa, tomada en ayunas, ó cuatro á seis pastillas de Vichy al dia. En los casos graves se han usado: 1.°, el mismo bicarbonato de sosa, solo ó aunado con la magnesia calcinada ó el subnitrato de bismuto; 2.°, el subnitrato de bismuto hasta la dósis de una dracma (4 gramos) y más en las 24 horas; 3.°, la pepsina sóla ó mezclada con la morfina; 4.°, el agua de cal y tambien el carbonato y el fosfato de la misma base; 5.°, la morfina y sus sales en pocion; 6.°, el ópio ó *per superiora* ó *per inferiora* en enemas, (láudano de Sidenham de 8 á 20 gotas en cantidad de agua suficiente para una enema); 7.°, la belladona, el beleño y otros narcóticos; 8.°, el carbon de álamo de Belloc; 9.°, el ácido cianídrico medicinal á la dósis de 2 á 5 gotas en un mucílago; 10, el oxalato de cerio recomendado por Simpson; 11, la nieve al interior y en aplicacion sobre la region epigástrica; 12, los alcohólicos hasta producir la embriaguez, y las bebidas gaseosas; 13, las ventosas secas, los rubefacientes, los vegigatorios, la aplicacion de la pasta de Viena y áun la cauterizacion actual sobre la region del estómago; 14, tocar la faringe antes de tomar alimento, con un pincel empapado en una disolucion muy concentrada de bromuro de potasio; 15, el bromuro de potasio ó el de calcio al interior; 16, infusiones muy concentradas de la coca de Levante, etc. etc.

La sóla indicacion de estos medios, que no son sino algunos de los que se han usado, basta para convencernos de la suma rebeldía del padecimiento. No olvidaremos tampoco investigar el estado del útero y si existe alguna de las alteraciones que Burns, Clay, etc., dicen, dirigir contra ellas el tratamiento apropiado. Pero si nada

de esto basta, y ante la inminencia de la muerte de la madre y del fétus, debemos decidirnos por la provocacion del parto prematuro ó del aborto, segun cual fuese la época del embarazo en que se halle la mujer. Paul Dubois, que se ha ocupado mucho de este asunto, dice que hay que decidirse á practicarlo en los casos siguientes: 1.°, vomitos casi incesantes de toda clase de alimentos y áun del agua en pequeña cantidad; 2.°, debilidad y emaciacion que condenen á la mujer á un reposo absoluto; 3.°, síncopes al menor movimiento ó emocion moral; 4.°, alteracion profunda de la fisonomía; 5.°, fiebre alta contínua; 6.°, fetidez del aliento, y 7.°, inutilidad de todo tratamiento anterior.

§ IV.

Gastralgia.

Bajo este nombre pueden comprenderse la cardialgia, la pyrosis y los calambres dolorosos del estómago y del duodeno, trastornos que aparecen generalmente en la segunda mitad del embarazo, aunque no es raro encontrarlos en los primeros meses y acompañando á los vómitos de que acabo de ocuparme.

La gastralgia es frecuente en las mujeres de temperamente nervioso, máxime si se hallan cloróticas ó histéricas.

Churchill cree que las emociones morales tienen mucho influjo en su produccion.

Síntomas. Consisten en un dolor, de intensidad variable, que ocupa unas veces el hueco del estómago (cardialgia) y otras toda la region epigástrica, estendiéndose hácia el hipocondrio izquierdo y hácia la region umbili-

cal, siendo seguido en estos casos de náuseas ó de vómitos, que ordinariamente producen mucho alivio, (gastralgia propiamente dicha) y sensacion de ardor que sube desde el estómago á la boca, cuyo síntoma puede presentarse aisladamente (pyrosis) ó asociándose al dolor y al vómito. En ocasiones el dolor tiene los caractéres de un calambre que se siente hácia el estómago y el intestino duodeno, no siendo el síntoma éste el de ménos importancia ni el que menores sufrimientos ocasiona. Todos estos síntomas son inconstantes en su forma, en su intensidad, en la época de su aparicion, circunstancias todas que varian casi hasta el infinito, no solo en cada mujer, sino hasta en una misma, observada en dias distintos.

El *pronóstico* de la gastralgia de las mujeres preñadas es benigno por punto general. Sin embargo, los calambres dolorosos del estómago y del duodeno, han sido alguna vez causa de aborto.

Tratamiento. Es preciso recomendar una buena higiene y atender además á la enfermedad general que haya podido influir en la produccion de la gastralgia. La pyrosis suele combatirse con ventaja con el uso de la magnesia calcinada, la madre perlas ó el fosfato de cal. Estos mismos medios, el subnitrato de bismuto, el carbon de álamo y los narcóticos, triunfan de la gastralgia, siendo de llamar la atencion que, como asegura Trousseau y yo lo he visto confirmado muchas veces en la práctica, gastralgias que no se alivian con los alcalinos ni los narcóticos, han cedido con facilidad al uso del ácido clorhídrico á la dósis de 2 á 6 gotas disueltas en agua y tomadas al principio ó al fin de cada comida.

§ V.

Estreñimiento.

Es debido á una irritacion refleja, aunque tambien la compresion que ejerce el útero sobre el intestino recto ántes de salir de la pélvis y sobre el colon y aún el ciego en la última mitad del embarazo, si bien no es suficiente á obliterarlos, puede tener una marcada influencia en la produccion del trastorno indicado. El estreñimiento sostiene á menudo la anorexia y determina cuando es considerable un malestar general, dolores de cabeza y áun contracciones uterinas capaces de producir el aborto.

Tratamiento. Una buena higiene, la administracion de algunas cucharadas del aceite de ricino, ó el maná, ó el crémor de tártaro, ó la magnesia calcinada etc., será necesaria á veces, bastando en otras con unos enemas de agua caliente ó fria, ó de un cocimiento de linaza ó malvavisco mezclado con aceite de almendras dulces, repitiéndolas todas las mañanas ínterin el estreñimiento ó el embarazo hayan terminado. No son extraordinarios los casos de estreñimiento pertinaz durante el embarazo que han obligado á los médicos á extraer con los dedos ó con una cucharilla á propósito, los escrementos retenidos y endurecidos en el intestino recto.

§ VI.

Diarrea.

Es más rara que el estreñimiento, pero tambien suele presentarse durante el embarazo sin otra causa presu-

mible que el embarazo mismo. Esto quiere decir que excluyo de este lugar la diarrea que es sintomática de una indigestion, de un estado saburroso de los intestinos ó de una enteritis.

Generalmente sobreviene sin grandes dolores, sin venir acompañada de fiebre y sin ocasionar un deterioro considerable en el organismo. Las evacuaciones alvinas, acuosas ó negruzcas y ácres, son desde dos ó tres, hasta quince al dia.

Cuando la diarréa continúa por mucho tiempo puede producir una enteritis, siendo ésta una causa de aborto y de accidentes de consideracion en el puerperio.

Tratamiento. Hay que cuidar mucho de la alimentacion, que debe consistir en sustancias sanas y fáciles de digerir. Los demulcentes, el cocimiento blanco de Sydenham, sin ó con diascordio, el subnitrato de bismuto, bastan en los casos leves. En los graves prestan grandes servicios el ópio y sus preparados; entonces acostumbro asociar la morfina á la pepsina y administrar tres ó cuatro enemas al dia con diez ó doce gotas de láudano en un cocimiento de semillas de linaza ó de zaragatona. El tratamiento por la carne cruda tambien me ha prestado eminentes servicios. Churchill recomienda la dieta láctea, á la que por mi parte debo muy pocos triunfos (quizás ninguno).

§ VII.

Ictericia.

Blundell se ha ocupado con detenimiento de esta enfermedad en su tratado de obstetricia, y admite seis especies diferentes, de las cuales solo dos, á saber; la de-

bida á la presion directa ó indirecta de el útero sobre las vías biliares, y la ocasionada por la simpatía que existe entre la matriz y las dichas vías, son las que deben incluirse en este lugar.

Síntomas. Esta ictericia aparece sin síntomas precursores, y en ocasiones repentinamente despues de vómitos violentos. Por lo demás, ni hay tos, ni dolor en el hipocondrio derecho, ni fiebre, ni síntoma alguno de inflamacion del hígado.

Pronóstico. Es muy leve, desapareciendo por sí sola dentro de dos setenarios. Lo que dicen los autores de ictericias graves que han ocasionado el aborto y han comprometido los dias de las enfermas, se refiere indudablemente á inflamaciones del hígado que solo tienen con el embarazo una relacion de coexistencia y á lo sumo se han agravado con él.

Tratamiento. Basta una buena higiene y la administracion de algun laxante para conseguir la curacion que tambien se obtiene, abandonando la enfermedad á la naturaleza. Cuando la compresion de las vias biliares es evidente, se ha aconsejado oLligar á la enferma á acostarse habitualmente del lado izquierdo y hacer uso de infusiones lijeras de ruibarbo ó esta raiz en polvo.

LECCION XXIII.

Continúa el asunto anterior.—Enfermedades de los aparatos circulatorio, respiratorio, nervioso y secretorio.

APARATO CIRCULATORIO.

En el aparato circulatorio solo ofrece un grande interés la llamada

PLÉTORA DE LAS EMBARAZADAS.

Es una preocupacion vulgar que las mujeres en la segunda mitad de su embarazo padecen de plétora; y diariamente estamos viendo aún los que vivimos en las grandes poblaciones, que acuden hácia el quinto ó sexto mes mes en demanda de que las autoricemos para sangrarse sin ser tampoco extraño que algunas no vengan sino á decirnos que se han sangrado sin mandato facultativo. Esta preocupacion no existe solo en el vulgo, pues es sabido que el embarazo se ha dividido en dos períodos, el primero nervioso y el segundo pletórico, ocupando un lugar preferente en las obras de obstetricia de hace 20 años, la plétora de las embarazadas, y tanto que muchos profesores que no creen en semejante plétora se ven incitados por la costumbre á titular con ese nombre el capítulo en que se ocupan de los trastornos de que voy á tratar. Cazeaux, que en 1844 todavia abrigaba dudas sobre el particular, aseguraba terminantemente en la tercera edicion de su obra de partos que la «hidroemia es en las mujeres preñadas la causa mas frecuente de los trastor-

nos funcionales atribuidos hasta el presente á la plétora.»

En efecto; desde los análisis de la sangre hechos por Andral y Gabarret y repetidos por Becquerell, Rodier y Regnauld, se ha comprobado plenamente que durante los dos primeros meses del embarazo la sangre tiene casi las mismas proporciones que en el estado normal, pero que á partir de esa fecha la proporcion de los glóbulos va siendo mucho menor, al paso que aumenta la fibrina, pero disminuyendo tambien la albúmina. En treinta y cuatro mujeres preñadas cuya sangre examinaron Andral y Gabarret, llegó en algunas á disminuir el número de glóbulos desde 127 á 130 en mil partes de sangre (que es lo que corresponde en el estado normal), á 95, estando en la mayoría á 120 por término medio. La cantidad de agua que en el estado fisiológico es de 791,1, asciende en el embarazo á 801,6.

Segun Becquerell y Rodier en 1.000 gramos de sangre calcinada, existe en una mujer en su estado normal 0,551 de hierro, en una embarazada 0,449 y en una clorótica confirmada 0.366.

No es este el estado de la sangre de un individuo pletórico en el cual el número de los glóbulos llega á 141 y áun á 154 permaneciendo la fibrina en su cantidad normal; trátase evidentemente de un estado clorótico, de una clorósis; y la cefalalgia, las llamaradas al rostro, los vértigos, los síncopes, las palpitaciones de corazon y áun las hemorragias que algunas veces se verifican por la boca, fosas nasales etc., están bajo la dependencia de ese estado de la sangre que exije terminantemente ser muy parco en las emisiones sanguíneas, y no digo proscribirlas de un modo absoluto, porque en determinados casos habrá que apelar á ellas el dia anterior al que prescribamos las prepara-

ciones ferruginosas, siendo muy fácil comprender esta aparente contradiccion. Enefecto; como no se trata de una anemia, sino solo de una hidroemia, en la que aunque alteradas las proporciones de los principios constitutivos, la cantidad total de sangre es cuando ménos igual y en ocasiones mayor de la normal, se suelen, por lo tanto, verificar congestiones en órganos interesantes, como el cerebro ó el útero, pudiendo esos movimientos congestivos llegar á hacer entrever la posibilidad de un derrame en la cavidad craneal ó de contracciones uterinas, y obligando á veces á practicar una sangría que sustrayendo una porcion de sangre á la masa total de ella, y sirviendo al mismo tiempo de derivativo, aleja los temores de un grave daño inminente.

Las palpitaciones, pues, del corazon, los síncopes, la plenitud vascular general y aún la local del encéfalo ó del útero, son solo síntomas de la clórosis, debiendo, por lo tanto, no ser considerados con la gravedad que en otros casos.

Respecto al tratamiento, una alimentacion nutritiva y de fácil digestion, y todos los preceptos de la higiene y además el uso de los ferruginosos, son los medios verdaderamente indicados. Si la amenaza de una congestion á un órgano importante, nos obligase despues de usar sin éxito los laxantes y revulsivos á la piel, á practicar una evacuacion sanguínea, cuidaremos de que ésta sea solo en la cantidad suficiente, y en seguida (al otro dia mismo) prescribiremos el hierro.

APARATO RESPIRATORIO.

Los trastornos del aparato respiratorio son la disnea y la tos.

§ I.

Disnea.

Aparece en dos épocas distintas del embarazo; en su primer período y entónces es ocasionada por una irritacion reflexa, y en los últimos meses en que su causa es la compresion más ó ménos directa que experimentan los pulmones por el excesivo desarrollo del útero.

La disnea de los primeros meses se observa con frecuencia en las mujeres cloróticas y no tiene importancia alguna en sí misma, ni exije tratamiento alguno especial. La de los últimos meses significa generalmente una congestion pulmonal, y en muchos casos hay que recurrir, cuando el quermes mineral ó el óxido blanco de antimonio no producen efecto, á la sangría general, aunque como dice Cazeaux hay que hacer seguir la sangría de la administracion de los tónicos, pues nunca en las embarazadas existe, como queda dicho, una verdadera plétora.

§ II.

Tos.

Lo mismo tengo que decir de este accidente que del anteriormente indicado. Aparece en las mismas épocas, siendo en la primera un fénomeno puramente nervioso,

que exije á lo más el uso de algun ligero narcótico (el lactucario, el tridáceo, el extracto de beleño, etc.), y debido á la congestion pulmonal en el segundo, cediendo á los mismos medios que el estado congestivo.

APARATOS SECRETORIOS.

Comprendemos entre los tratornos de las secreciones la albuminuria, la uremia y las hidropesías.

§ I.

Albuminuria.

Se ha tratado de investigar por los médicos, si la presencia de albúmina en cantidad considerable en la orina de algunas mujeres embarazadas, era un síntoma de la nefritis granulosa, ó si ese fenómeno y el anasarca que le acompaña á veces, era pura y simplemente una alteracion funcional; y aunque las observaciones recogidas no son áun ni tan numerosas ni tan concluyentes como era de desear, hay, sin embargo, motivos para inclinarse en pró de la segunda opinion. En efecto; esa albuminuria de las embarazadas, es en ocasiones transitoria, desapareciendo áun durante la misma gestacion. Otras veces, y son las mas, el parto termina todos los accidentes, y hasta ahora son rarísimos los casos en que la enfermedad ha subsistido en el puerperio y más aún aquellos en los que la muerte ha sido la consecuencia. Por otra parte la presencia de la albúmina en la orina y la anasarca, son más frecuentes en las primíparas que en las multíparas y parece existe una relacion constante entre esos trastornos durante la preñez, y la eclampsia durante el parto. Ade-

más de esto, si seguimos las ideas de Pidoux, tendremos que considerar á la secrecion urinaria como una funcion que principia en el organismo en general de donde la sangre va acarreando los materiales necesarios para formar la orina (el ácido úrico se encuentra ya en el líquido de la alantoides cuando todavía no existe el riñon), y termina en el riñon, en cuya entraña se separan todas esas sustancias de la sangre; y segun esta doctrina, la albuminuria puede depender ó de un estado general del individuo (y aquí tiene cavida la albuminuria de las embarazadas) ó de un estado local del riñon (nefritis granulosa). Los esperimentos hechos por Cláudio Bernard han servido de confirmacion á estas ideas.

La albuminuria puede presentarse ó en la primera ó en la segunda mitad del embarazo y sus causas son por lo tanto diferentes. Las de la primera son realmente desconocidas y la segunda puede perfectamente explicarse por la compresion más ó ménos directa que sufren los vasos renales, y con especialidad las venas, por consecuencia de la distension del útero, además de la superalbuminosis ó exceso relativo de albúmina en la sangre. Estas ideas no excluyen la existencia en algunos casos de una nefritis granulosa.

Síntomas. En los casos lijeros apenas hay otro síntoma apreciable que la existencia de la albúmina en la orina, la cual se comprueba por la ebullicion y por la precipitacion. Para la primera se coloca cierta cantidad de orina en un tubo de ensayo y se pone al calor hasta la ebullicion, notándose en seguida que se precipita la albúmina bajo la formá de un coágulo blanco. Una orina alcalina podria dar tambieu lugar á la formacion del coágulo, así es que para evitar errores se la ensaya antes con el papel de tornasol y si la alcalimidad existe, se

neutraliza con algunas gotas de ácido nítrico. Este mismo ácido en cierta cantidad es el que se usa para precipitar la albúmina de la orina, en frio, bajo la forma de copos blancos. Cuando la enfermedad es algo intensa se une á la alteracion urinaria la existencia del anasarca, cuyos caractéres son empezar la infiltracion generalmente por la cara y tener una movilidad que no deja de llamar considerablemente la atencion. Existen tambien trastornos digestivos, circulatorios y respiratorios, no siendo extraño encontrar el hidrotorax ó la ascitis y constituyendo el anasarca una predisposicion especial á la presentacion de la eclampsia.

La marcha de esta enfermedad suele ser muy lenta, viéndosela desaparecer en los primeros dias del puerperio, y aún en ocasiones repentinamente despues del parto, sin que haya dejado de observarse algun caso, aunque raro, en que haya seguido su marcha despues del puerperio.

Diagnóstico. La existencia de la albúmina en la orina y el anasarca con los caractéres indicados, son suficientes para distinguir esta enfermedad de cualquiera otra.

Pronóstico. Es benigno en los casos en que no existe el anasarca ó éste es muy poco considerable; pero adquiere mucha gravedad cuando este síntoma es de entidad, porque entonces sobreviene con mucha frecuencia la eclampsia que tan fatal suele ser á la madre y al fetus.

Tratamiento. Debe consistir en el uso de los tónicos y con especialidad el hierro, y tambien la quina y otros neurosténicos. La alimentacion debe ser de sustancias nutritivas y de fácil digestion, hallándose indicados la cerveza y los vinos generosos. Solo en los casos en que

exista una fuerte congestion renal, podrá practicarse una sangría general, pero poco abundante y administrando á continuacion los tónicos.

§ II.

Uremia.

Esta afeccion se encuentra bajo la dependencia de la albuminuria. En las mujeres en que existe esta última enfermedad, la orina abundante en albúmina es muy escasa en úrea y no verificándose la eliminacion de ésta se aglomera en la sangre, produciendo un envenenamiento general que es la causa de los trastornos nerviosos (cefalalgia, alteraciones de la vista y del oido, eclampsia, etc.) que se observan en la albuminuria. Gubler cree que la urea no es la causa de esos trastornos sino las materias extractivas que la acompañan, y propone llamar á esta afeccion *urinemia*. Otra multitud de opiniones se han expresado sobre este asunto.

De todos modos debo dejar consignado que los accidentes nerviosos que, como mas arriba indiqué, acompañan á la albuminuria, se consideran producidos por ese estado particular de la sangre, llamado por los autores uremia ó urinemia, estado que como consecutivo á la albuminuria, sigue la marcha de ésta y exije el mismo tratamiento.

§ III.

Hidropesías.

Ya se ha tratado de el hidro-amnios, de la hidrorrea y

del anasarca sintomático de la albuminuria; deberia hablar ahora de la ascitis y del edema de los lábios mayores y de las extremidades inferiores. Pero la ascitis no es una enfermedad propia de la preñez, sino una complicacion de ese estado, y por lo tanto no es este el lugar en que debe ser desenvuelto su estudio; y en cuanto á el edema de los lábios mayores de la vulva y de las estremidades superiores, está comprendido entre las afecciones producidas por la presion ó distension del útero; así es que aplazaré el estudio de una y otras de estas lesiones para su lugar respectivo.

LECCION XXIV.

Concluyen las enfermedades propias de la preñez.—Enfermedades por irritacion refleja del aparato encefálico. —C. Afecciones debidas á la presion ó distension mecánica que ejerce el útero.

APARATO ENCEFÁLICO.

Las enfermedades del aparato encefálico que se observan en las mujeres embarazadas son; diferentes neuralgias (odontalgia, cefalalgia, mastodinia); los trastornos funcionales de los sentidos (amaurosis, cofosis, anosmia, analgesia é hiperestesia de la piel); y los desórdenes de las facultades morales (caprichos estravagantes, monomanías y manías de las embarazadas).

§ I.

Neuralgias.

Las más frecuentes son la odontalgia, la cefalalgia y la mastodinia, durante los primeros meses del embarazo, y los dolores lumbares, inguinales y uterinos, en los últimos; siendo por lo tanto las primeras debidas á una irritacion refleja, dependiente del estado del útero, y los segundos á la distension que sufren los músculos abdominales, por la plenitud de esa entraña, explicándose los dolores uterinos por una congestion de la misma.

La odontalgia puede presentarse por cáries de los dientes, á consecuencia de una inflamacion gingival y sin ninguna de estas causas, y entonces es verdaderamente una neuralgia que ataca con mas frecuencia á la mandíbula inferior que á la superior, variando en intensidad, presentándose contínua, con remisiones y aún con muy marcadas intermisiones, y desarrollando cuando es contínua y de regular intensidad una fiebre lenta y trastornos digestivos y de la inervacion, que suelen determinar el aborto.

Para la odontalgia se han recomendado los narcóticos al interior (ópio y sus alcaloides, beleño, belladona, cloral), y en inyecciones hipodérmicas; colutorios con sustancias narcóticas; vejigatorios amoniacales sobre la piel que cubre el maxilar y hasta en casos en que el dolor sea intolerable se han recomendado las inhalaciones anestésicas. Cuando existe remision ó intermision hace prodigios el sulfato de quinina al interior. Todo esto es en el caso de que exista la neuralgia, pero si ésta es un síntoma de un estado flogístico, será preciso en muchas oca-

siones recurrir á un método antiflogístico indirecto y aún al directo. En los casos de cáries dentaria y cuando los narcóticos no hayan hecho efecto, ni la introduccion en la picadura de un algodon empapado en éter ó en creosota, etc., yo no dudo en aconsejar ó la cauterizacion del nervio con un estilete enrojecido ó la avulsion del diente.

La *cefalalgia* tambien suele hacerse rebelde, aunque es ménos frecuente que alcance la intensidad de la odontalgia, y en su tratamiento hay que recurrir á el uso de los laxantes suaves, los narcóticos (con exclusion del ópio), la paulinia y aún las inyecciones hipodérmicas de una disolucion de atropina, los vejigatorios amoniacales etc., etcétera. Se usará el sulfato de quinina si hay remision ó intermision.

La *mastodinia* rara vez llega á ser muy incómoda y exije medios de tratamiento análogos á los indicados.

Con frecuencia una de estas neuralgias totalmente rebeldes á todo tratamiento, cesa expontáneamente de la noche á la mañana, una vez entrada la mujer en el cuarto al sesto mes de su embarazo, y se lleva la gloria de haber obtenido la curacion algun medicamento casi inerte, que casualmente estuviera usando entonces, ó uno de esos medios extravagantes, que nunca faltan amigas que aconsejen en todos los casos rebeldes.

Los dolores abdominales suelen ocupar la base del pecho (la radicacion superior de los músculos anchos del vientre), las ingles (la radicacion inferior ó el borde inferior de esos mismos músculos) y los lomos. Se exacerban con la tos y los movimientos y su tratamiento consiste en la quietud, una alimentacion reparadora y fácil de digerir, algunas embrocaciones narcóticas y sobre todo el parto, que es el medicamento verdaderamente eficaz.

Tambien en la misma época en que aparecen los do-

lores abdominales, que como arriba indiqué es al final del embarazo, se presentan á veces dolores uterinos, limitados generalmente á una pequeña parte de su extension, aunque en ocasiones ese dolor consiste en una exaltacion de la sensibilidad de la matriz, que hace que determinen sufrimientos en la madre los movimientos activos del fétus. Cuando estos dolores adquieren cierta intensidad se hace indispensable para evitar el aborto, que no seria difícil de producirse, practicar una ó dos sangrías generales de la mano ó de la flexura del brazo, además de la quietud, la dieta y los medios que indiqué para los dolores abdominales.

§ III.

Trastornos sensoriales.

En algunos casos se observan durante la gestacion fenómenos notables en los órganos de los sentidos que pertenecen más bien á la primera época ó período nervioso de dicho estado. Entre ellos no puede ménos de llamarse la atencion sobre una ambliopia muy semejante á la alcohólica, de la que he visto dos casos, en los que desapareció la afeccion hácia el cuarto mes. Esta misma ambliopia se ha presentado alguna vez en los últimos meses, pero entónces ha sido con los caractéres de una congestion papilo-retineal. Gardien cita una mujer que se quedó repentina y totalmente ciega en el primer mes de su embarazo. Davis habla de otra que en el quinto mes de su noveno embarazo, perdió completamente la vista de su ojo derecho, y pocos dias despues del parto comenzó á distinguir nuevamente la luz con él y llegó á recobrar su vista. Pero embarazada otra vez, le

ocurrió lo mismo hácia el quinto mes, no tardando en afectarse tambien el ojo izquierdo del que desapareció todo con el parto, pero no así en el ojo derecho, que quedó perdido para siempre.

Felizmente hoy el oftalmoscopio permite hacer un diagnóstico exacto de las afecciones amauróticas y con él podremos distinguir cuáles sean de naturaleza nerviosa y relacionadas, por tanto, con el embarazo, y cuáles otras no tienen con este estado mas que una relacion de coexistencia. No se olvide tampoco que en el curso de la albuminuria se presenta una alteracion especial de la retina, (retinitis albuminúrica) que sigue la marcha de la afeccion general, que por consiguiente desaparece á veces sin dejar huella alguna, pero que otras, estas huellas son indelebles. Ocurre esto principalmente cuando el asiento principal de la retinitis albuminúrica ha sido la region de la mácula, pues entónces las manchas exudativas blancas y los focos apopléticos que en dicho punto se encuentran ocasionan una alteracion tan considerable de los elementos de la retina que estos se quedan imposibilitados para siempre de llenar la funcion que les está encomendada.

Otra variedad de los trastornos oculares de la albuminuria es la neuritis óptica con atrofia papilar consecutiva, pero afortunadamente es muy rara.

En la eclampsia que como se verá más adelante, es uno de los accidentes más temibles que pueden sobrevenir durante el embarazo y el parto, no es extraño ver sobrevenir en casos que se han terminado por la curacion, una ceguera completa que aparece bruscamente á consecuencia de uno de los accesos de aquella enfermedad, ceguera en la que el exámen oftalmoscópico comprueba la existencia de una atrofia progresiva de la papila óptica, ocasionada

sin duda alguna por una apoplegia en los tubérculos cuadrigéminos ó en el centro óptico de los tálamos ópticos.

Escusado es decir que tanto esta lesion como la anterior se hallan por cima de los recursos del arte.

Conviene no olvidar que durante el embarazo se observa tambien en la mujer una predisposicion muy notable á las afecciones de las vías lagrimales.

En el órgano del oido encontramos diferentes trastornos, siendo de notar que desaparecen pronto cuando se presentan muy al principio del embarazo, terminando con el parto cuando sobrevienen en una época avanzada. Ya es simplemente una ligera disecea, ya una cofosis completa, ya por el contrario una finura de oido admirable, ya la percepcion contínua de ruidos diferentes, afectando la lesion uno ó ambos oidos. El exámen con el *especulum auris* no revela lesion alguna, así como tampoco la exploracion de la faringe. Imbert refiere un caso de una mujer sorda que recobró su oido durante un embarazo.

El pronóstico de estas alteraciones no ofrece gravedad y el tratamiento consiste en el uso de los anti-espasmódicos y de los laxantes ligeros. Churchill aconseja uno ó varios vejigatorios sucesivos detrás de las orejas.

En el órgano del olfato tambien se presentan trastornos, con especialidad en los primeros meses, siendo muy frecuente observar mujeres que conocen hallarse embarazadas en que todo les huele mal ó en que le son intolerables ciertos olores, ó por el contrario, que le agradan sobremanera los mas infectos. Tampoco es raro encontrar la *anosmia* ó falta de olfato.

Al hablar de las afecciones del aparato digestivo, traté de ciertos apetitos estravagantes que reconocen por causa, muchas veces, una aberracion del sentido del gusto.

Por último, en el órgano de la sensibilidad tactil, en la piel, tambien se hallan á menudo algunas alteraciones que consisten ó en una insensibilidad de una porcion más ó ménos limitada de la piel, ó en una hiperestesia general ó local, ó en una aberracion del sentido del tacto. Hay mujeres que el contacto de un cuerpo liso les produce calosfrios y aún vértigos, etc. Probablemente respecto á estas alteraciones de la sensibilidad, solo seremos consultados para la hiperestesia general, pues es verdaderamente una fuente de sufrimientos, y entónces prescribiremos el uso de los anti-espasmódicos, el bromuro de potasio á altas dósis y los baños generales templados.

§ IV.

Desórdenes de las facultades intelectuales.

En los primeros meses del embarazo no es extraño encontrar mujeres que fuertemente preocupadas con lo que han oido referir ó han visto en otras, se hallan presas de la más fuerte hipocondria, y si procurándole todos los medios de distraccion posibles y tratando de hacerles ver lo infundado de sus recelos, no se hace desaparecer ese estado, pudiera llegar á hacerse una causa poderosa de afecciones graves durante el embarazo (trastornos digestivos de importancia, convulsiones, afecciones consuntivas) y de complicaciones durante el parto (eclampsia, metrorragias) y en el puerperio (manía de las recien paridas, septicemia).

En otras mujeres existe un estado delirante, pero este delirio ó versa sobre una idea ó sobre un órden de ideas, (monomanías) ó es general, es decir, existe un trastorno de todas las facultades intelectuales (manía), sin que fal-

ten casos en que la suspension de la razon es momentánea, volviendo á su estado normal apenas cometido un acto determinado (monomanía instintiva). No referiré los millares de observaciones que se encuentran en los autores de estos estados, solo indicaré, valga lo que valga, que esas locuras, principalmente las que se refieren á la última especie, van dejando de ser tan frecuentes como en una época muy cercana; y no se crea por esto que yo considere como un mito á la monomanía institiva, sino que me parece que la educacion tiene una indudable influencia en la produccion de ella y que hasta algunos casos de verdaderos asesinatos jurídicos en que se han purgado en un patíbulo crímenes cometidos en un completo estado de enagenacion mental y por lo tanto de irresponsabilidad, producen un efecto muy saludable en los afectados de esa monomanía, para aumentar con el temor al castigo sus medios morales de resistencia al mal instinto.

El pronóstico de estas alteraciones mentales es muy reservado, pues se ha visto que no siempre el parto ha traido la curacion. Como caso muy notable referiré que una mujer de mis relaciones particulares, maniaca desde los 23 años (dos despues de su casamiento sin haber tenido hijos), recobró la razon en dos embarazos sucesivos, no apareciendo la enagenacion hasta el tercer dia de el puerperio y al iniciarse la fiebre láctea, que fué acompañado en las dos veces de un delirio furioso del que salió para continuar en su anterior estado de locura. Sus dos hijos, bien constituidos y desarrollados, criados por nodrizas, no se han resentido hasta el presente de afecciones cerebrales.

C.—Afecciones debidas á la presion ó distension mecánica del útero.

Las enfermedades comprendidas en este órden, se producen en los tres últimos meses de la gestacion y son debidas á la presion que el útero, ya muy desarrollado, ejerce sobre los vasos, sobre los órganos contenidos en el vientre ó sobre los que se encuentran en la cavidad torácica. De este género son el edema, las varices, las hemorróides, el espasmo de la uretra, la disuria, la estranguria y la retencion de orina.

§ I.

Edema de las estremidades inferiores y de los lábios mayores de la vulva.

Estas lesiones son debidas, así como las varices y las hemorróides, á la compresion que, con especialidad en los tres últimos meses del embarazo, ejerce el útero sobre las venas que concurren á formar la porta y sobre las venas iliacas.

Estos accidentes solo concluyen con el parto, y cuando son muy graduados, exijen algunos paliativos que consisten en la quietud y algun ligero vendaje compresivo si se trata de el edema ó las varices en las estremidades inferiores; la aplicacion de algun pedazo de franela caliente á la vulva y las lociones tónicas y fricciones secas ó aromáticas y aún en determinados casos algunas escarificaciones muy superficiales, en el edema de los lábios mayores; y en los casos de hemorróides una cucharada de crémor de tártaro y flor de azufre (partes iguales) en

medio vaso de agua durante varias mañanas, los enemas laxantes, las pomadas narcóticas y aún los semicupios frios.

§ II.

Espasmo de la uretra.

Sobreviene en algunos casos, aunque suele ser pasagero, caracterizándose por un dolor vivo y momentáneo en la uretra, que generalmente viene en el momento de estarse verificando la emision de la orina, deteniéndose esta hasta que pasa el dolor. Otras veces el espasmo es en los uréteres, simulándose perfectamente un cólico nefrítico del que se distingue en que el dolor no viene recorriendo todo el trayecto del ureter desde la pélvis del riñon á la vejiga desapareciendo en cuanto ha llegado á ésta, sino que se siente en un punto determinado de la estension del conducto, en cuyo mismo sitio se termina y además despues de concluido el dolor no se observan mezcladas con la orina las arenillas que en el cólico nefrítico. Asisto una mujer que en tres embarazos sucesivos ha sido el espasmo del ureter (una vez en el lado derecho y dos en el izquierdo) uno de los primeros signos que le ha dado á conocer su estado.

La intensidad de los dolores en el espasmo de la uretra ó en el de los uréteres y su frecuencia, pueden originar el aborto.

El tratamiento consiste en los narcóticos al interior y al exterior y los baños generales ó los semicupios templados de larga duracion.

§ III.

Disuria y estranguria.

Se les observa en los primeros meses del embarazo y muchas veces su causa consiste en excesos en el cóito. La abstencion de éste, la quietud, una alimentacion poco excitante y el uso de algun demulcente triunfan de esos estados, necesitándose pocas veces usar de los baños templados.

§ IV.

Incontinencia y retencion de orina.

La compresion de la vejiga por el útero determina estos estados opuestos. El primero es mas frecuente en las mujeres que tienen una retroversion de la matriz y aún á veces se presenta por irritacion refleja. Es propio de los primeros meses del embarazo. El segundo ó sea la retencion se presenta más á menudo al final del embarazo, y aún se dice que es signo de una presentacion natural del fétus.

Ambos estados desaparecen con el parto, pero interesa mucho hacer el diagnóstico del segundo, pues se han visto casos en que descuidada la afeccion y sumamente distendida por la orina la vejiga, se ha roto ésta ocasionando una peritonitis mortal.

El tratamiento de la incontinencia de orina, consiste en corregir la retroversion, si á ella es debida, ó en hacer desaparecer la irritacion que pudiera existir, con una buena higiene y un plan antiflogístico indirecto. En la

retencion de orina nos limitaremos á practicar el cateterismo uretral cuantas veces sea necesario, y á disminuir en lo posible la compresion que ejerce el útero, aunque el parto es el único medio eficaz para producir esto.

LECCION XXV.

Enfermedades que pueden complicar la gestacion.—Influencia de esta sobre las enfermedades generales ó especiales de la mujer.

Aparte de las enfermedades inherentes á el estado de embarazo, sobrevienen á menudo algunas otras que, independientes de aquel, le constituyen, sin embargo, una complicacion que debe tenerse muy en cuenta. Para comprender hasta dónde llega la importancia de esas complicaciones, recordaremos que durante el embarazo existe en la mujer un estado de plétora falsa, ó mejor dicho, una clórosis, caracterizada por la disminucion de la cantidad de los glóbulos sanguíneos y la desaparicion de una parte del hierro de la sangre. El útero, por su parte, es el asiento de una extraordinaria actividad, y todo cuanto sea capaz de trastornar esta actividad, impide el desarrollo del fétus y se constituye en causa de enfermedad para éste y para el órgano que lo contiene. Derívase inmediatamente de aquí la imposibilidad ó cuando ménos el riesgo grave de emplear medios trastornadores ó perturbadores durante la gestacion, y ¿qué mas trastorno que el producido por una enfermedad cualquiera, ya sea general, ya local? ¿Qué más perturbacion que la alteracion que producen en la sangre las enfermedades febriles sobre la

alteracion sanguínea que ya habia ocasionado el embarazo? ¿Es acaso tan poco que en vez de que el útero sea el punto á el que convergen todas las fuerzas del organismo, la actividad de este tenga que compartirse entre diferentes objetos?

Es de observacion que durante las epidemias de cólera sucumben casi todas las mujeres embarazadas que son atacadas del mal; que en las afectadas de viruela suele ésta hacerse hemorrágica, ocasionando tambien la muerte de la mayoría de ellas; que las que padecen de fiebres tifoideas abortan y la sangre que el aborto les hace perder, agrava notablemente los síntomas; que en los casos de hidropesías, encontrando éstas, circunstancias muy abonadas para su desarrollo, (principalmente en la alteracion sanguínea), la enfermedad progresa considerablemente, se opone al crecimiento del útero y sobre ser causa tambien frecuente de aborto, ocasiona muchos sufrimientos á la mujer y la conduce á menudo al sepulcro.

Las mujeres que padecen hernias de los órganos abdominales se encuentran en un riesgo contínuo de extrangulacion que se aumenta considerablemente en el momento del parto con los esfuerzos que este exije. Estos mismos esfuerzos pueden ser la causa ocasional de la rotura de un saco aneurismático que sin ellos hubiera permitido á la mujer vivir algunos años mas. Una afeccion de corazon encuentra en la clórosis de las embarazadas los elementos que necesitaba para sus fatales progresos: un tumor del ovario se opone al desarrollo del útero y produce el aborto: un prolapsus de el órgano gestador ocasiona el mismo efecto: un cáncer quizás no se hubiera desarrollado tan pronto sin la actividad funcional impresa por el embarazo á esa entraña, actividad de que ha

disfrutado tambien el producto neoplásico: tumores de la pélvis, de la vagina y aún de la vulva que hasta una época muy lejana no hubieran llegado á producir trastornos dignos de llamar la atencion, exponen notablemente la vida de la mujer por los obstáculos que ofrecen á la salida del fétus, etc. etc.

Pero no todas son dificultades. Al lado de esas afecciones que, ó se agravan con el embarazo, ó se oponen á su terminacion, ó hacen que ésta sea fatal, hay otras que sufren una influencia favorable. La preñez puede hacer desaparecer una ninfomanía no muy graduada, alivia notablemente el histerismo, detiene de una manera admirable la marcha de la tisis. Respecto á esta última, recordaré el caso que expuse mas arriba, el cual no es el único que he observado, pues es muy frecuente en la práctica ver tísicas en grado muy avanzado, deber á un embarazo una curacion aparente y una prolongacion real de sus dias.

Podemos, pues, establecer las conclusiones siguientes:

1.ª Las enfermedades epidémicas constituyen una complicacion gravísima del estado de gestacion. Consistiendo en su mayoría ó en su totalidad en intoxicaciones miasmáticas y determinando alteraciones gravísimas de la sangre, la clórosis de las embarazadas, el estado de excitacion nerviosa en que éstas se encuentran, constituyen no sólo una predisposicion á ser atacadas de aquellas, sino hasta circunstancias muy abonadas para que sus estragos sean mas considerables.

2.ª Las enfermedades febriles graves ocasionan casi siempre la muerte del fétus y á menudo la de la madre.

3.ª Las hidropesías en general son una complicacion de mucha importancia. Se aumentan durante el embarazo, se oponen al desarrollo del útero, agravan los trastor-

nos respiratorios que ya existen y no es estraño verlas producir la asfixia ó el aborto, en cuyo último caso las pérdidas sanguíneas favorecen los progresos de aquellas. De las hidropesías las mas prontamente fatales en las embarazadas son el hidrotorax, la ascitis y el hidropericardias.

4.ª Ciertos fenómenos inherentes al parto ocasionan la pronta funesta terminacion de ciertas enfermedades, como los aneurismas de los grandes vasos, las hernias, etc.

5.ª Impidiendo otras el desenvolvimiento del útero, se constituyen en causas poderosas de aborto, como los prolapsus de la matriz, los tumores del ovario, etc. etc.

6.ª Oponiendo algunas un obstáculo invencible á la salida del fétus, producen accidentes de suma gravedad y aún funestos, que nunca hubieran quizás ocasionado á no ocurrir la preñez. Aludo á ciertos tumores de la pélvis, de la vagina y aún de la vulva.

7.ª La preñez ejerce una influencia favorable sobre ciertas enfermedades, y con especialidad las de índole ó naturaleza nerviosa, á las cuales alivia y aún cura. Ya he citado los casos de ninfomanía, de histerismo, etc.

8.ª Pero de todos los fenómenos que se observan en el embarazo, ninguno más notable que su influencia sobre la tisis pulmonal tuberculosa, á la que como queda indicado alivia considerablemente. Pero debemos tambien tener en cuenta, que si la naturaleza se sobrepone á la tisis, y sus síntomas casi desaparecen ó desaparecen del todo (no los físicos), mientras se halla ocupada en la tarea de desarrollar al nuevo ser, en cuanto ésta se termina, en cuanto el fétus ha visto la luz y con motivo de la fluxion que la subida de la leche determina hácia los órganos torácicos, se traslada á estos la actividad que antes residia en el útero y la tisis se presenta de

una manera terrible, recorriendo todos sus períodos con una rapidez notable y ocasionando bien pronto la terminacion por la muerte.

LECCION XXVI.

Aborto. Su division en ovular, embrionario, fetal y parto prematuro. Abortos expontáneo, accidental y provocado. Indicaciones que se presentan en el aborto.

Se llama aborto en general, la expulsion fuera de la matriz del fétus y sus dependencias antes de la época natural del parto. Es ovular cuando tiene lugar dentro de los veinte primeros dias, embrionario desde el vigésimo al nonagésimo dia, fetal desde esta época hasta el sexto mes, y toma el nombre de parto prematuro cuando se verifica desde entónces en adelante. Con respecto á las causas Manoury lo divide en expontáneo, accidental y provocado.

Para evitar repeticiones, y de acuerdo con la definicion dada, consideraré como aborto en la descripcion á la salida prematura del fétus y sus dependencias, haciendo mencion de esas diferencias que he indicado cuando me refiera al pronóstico, al tratamiento ó á las consecuencias del aborto.

Causas. Las del aborto expontáneo consisten en enfermedades del útero ó de su contenido. Ya he hablado de la endometritis decídua, ahora debo agregar la sífilis constitucional, ciertas afecciones de la madre como la hidropesía ascitis, el hidrotorax, el prolapsus uterino, cierta irritabilidad de esta entraña que ocasiona sus con-

tracciones en cuanto ha adquirido cierto volúmen; las enfermedades de los anexos del fétus como la apoplegia placentaria, la implantacion de la placenta en el cuello del útero, etc., etc.

Las del aborto accidental son las caidas, los golpes ó contusiones en el vientre, un ejercicio violento á pié ó á caballo, un esfuerzo considerable, las emociones morales muy vivas, la administracion intempestiva de purgantes, pediluvios calientes, etc.

El aborto provocado es debido á estos últimos medios, á sustancias emenagogas muy fuertes, y por último á la dilatacion artificial del cuello de la matriz.

Síntomas. A veces hay signos precursores que son sensacion de peso hácia la pélvis, falta de los movimientos del fétus si estos se habian ya mostrado, dolores vagos en el vientre, cefalalgia, quebrantamiento general y fiebre, soliendo aparecer un flujo leucorreico oscuro y fétido. Estos signos no existen mas que en el aborto expontáneo y pocas veces en el provocado, pues el accidente comienza casi siempre de una manera rápida. Entónces el primer síntoma que se presenta es la hemorragia, saliendo repentinamente una cantidad regular de sangre por la vulva, no tardando en aparecer cólicos uterinos análogos en su direccion é intermitencia, aunque no en su intensidad, á los dolores de parto, y continuando el flujo sanguíneo hasta la completa expulsion del huevo fetal.

En el aborto ovular generalmente en la primera cantidad de sangre que se pierde sale el óvulo, pero mezclado con los coágulos y apareciendo de un modo inesperado no se le reconoce, y esta es la causa por la que suele pasar desapercibido, atribuyendo las mujeres lo que le ocurre á un *flujo de sangre despues de una detencion*

de los meses (sic). Tambien ocurren las cosas de idéntico modo en la mayoría de los abortos embrionarios, pero cuando estos se verifican próximos al tercero mes ó en este, ya las cosas no pueden ocurrir así. Entónces la primera oleada sanguínea arrastra con frecuencia al fétus, pero la placenta, muy voluminosa relativamente, queda en el interior del útero sosteniendo los dolores y la hemorragia, hasta que completamente desprendida baja á la vagina, cesando aquellos síntomas, no siendo tampoco extraño que se quede tambien detenida aquí algun tiempo, saliendo sin sangre y sin dolor al incorporarse la mujer en la cama ó ponerse en el servicio. Esa masa espongiosa en que consiste la placenta y que es lo único que ven las mujeres, porque la salida del fétus ha pasado desapercibida, es lo que las hace decir que la criatura no se hallaba todavia formada, que han dado á luz un *bicho*, una mola (mula-matriz dicen ellas) etcétera, etc.

En el aborto fetal la hemorragia es más considerable y de más duracion, poniendo con más frecuencia en riesgo la vida de la mujer y siendo más difícil ó áun imposible, á no mediar ciertas circunstancias, que pase desapercibida la salida del fétus, y en el parto prematuro mientras más avanzada sea la época en que se verifica, más analogía tiene con el parto á término, aunque siempre es más doloroso, más largo y más expuesto que este.

Diagnóstico. El conmemorativo que nos hará apreciar la existencia de los signos de presuncion, de probabilidad ó de evidencia del embarazo, la existencia de los cólicos uterinos, la dilatacion del cuello, la presencia del fétus ó de la placenta entre los lábios de este y los fenómenos consecutivos que en una época adelantada del

embarazo son muy análogos á los del puerperio, nos permitirán diagnosticar si la hemorragia es debida á un aborto ó no. En los casos en que se pretenda ocultarnos la causa del accidente, no dejaremos de practicar el tacto abdominal, y especialmente el vaginal, que son los que principalmente pueden dilucidar el diagnóstico.

Pronóstico. El aborto ovular, el embrionario y el fetal son sinónimos de muerte del nuevo ser. En el parto prematuro cuando es expontáneo, perece aquel ó ha perecido al iniciarse en la inmensa mayoría de casos: en el accidental sobrevive alguna vez: en el provocado, si el arte ha intervenido en esta provocacion, pueden conservarse esperanzas de salvarlo, á lo ménos una vez de cada tres.

Respecto á la madre no es grave el pronóstico del aborto ovular, lo es mucho el del embrionario mientras mas próximo al nonagésimo dia y más el del fetal, y esta gravedad desciende en el parto prematuro á medida que se acerca al término natural.

Tratamiento. Una vez sospechado ó iniciado el aborto, la primera indicacion que se presenta es la de evitarlo á todo trance. Para ello se obliga á la mujer á permanecer en la cama recomendándole la quietud del cuerpo y la tranquilidad del espíritu, se le prescribe la dieta, usar alguna bebida ácida y unas enemas cortas con 16 ó 20 gotas de láudano cada una, y puestas cada hora y áun cada media hora si la intensidad de los síntomas lo exige. Al mismo tiempo se pondrá un sinapismo interescápulas, ventosas secas ó escarificadas á las paredes del pecho y una sangria del brazo á poco que el temperamento y la constitucion de la enferma lo permitan. El hadchist en estos casos produce muy ventajosos resultados.

Si á pesar de todos estos medios la hemorragia y las

contracciones uterinas subsisten y el grado de dilatacion del cuello hace comprender que es inevitable la salida del producto de la concepcion, entónces hay que desistir de detener ó impedir el aborto y la indicacion que se presenta es la de acelerar su terminacion. En estos casos si la dilatacion del cuello se hace difícilmente y la pérdida es muy grande, no titubearemos, al mismo tiempo que usamos los medios indicados anteriormente, á excepcion de la sangría, en practicar el tamponamiento con el principal objeto, más que de detener la hemorragia, de que obrando el tampon como cuerpo extraño apresure la dilatacion dicha, administrándose al mismo tiempo al interior el cornezuelo de centeno á la dósis de medio escrúpulo del polvo, cada dos horas ó cada cuarto de hora, hasta que se reanimen las contracciones, si la debilidad de éstas y la urgencia del caso lo exigieren. Si la dilatacion uterina lo permite, puede irse á buscar el engendro con las pinzas de falso gérmen de Levret.

He tenido un caso en el que, despues de salir la criatura en un aborto de tres meses, continuó la hemorragia por espacio de tres dias. El cuello se encontraba lo suficientemente dilatado para permitirme reconocer la placenta abocada á su orificio y convidando á ir á buscarla con las pinzas; pero una tenaz y áun brutal resistencia por parte de la mujer y de su marido, me lo impidieron, debiendo limitarme á la quietud, la dieta, las bebidas frias y el cornezuelo de centeno del que llegó á tomar hasta 8 gramos (2 drachmas) en cuarenta y ocho horas. La hemorragia cesó y el cuello uterino se contrajo, aunque permitiendo la introduccion del dedo índice; yo dudaba sobre la salida de la placenta, aunque me aseguraban en la casa que ésta no habia tenido lugar, y en efecto, ocho dias despues de terminados los accidentes, fuí lla-

mado con mucha urgencia, porque la mujer citada, á quien ya no visitaba, habia sido acometida de intensos dolores de vientre, que atribuyó á una indigestion, y al ponerse en el servicio habia arrojado por la vulva un cuerpo esponjoso negro y sumamente fétido, en el cual reconocí á la placenta, habiendo permanecido la enferma perfectamente bien (segun decia) en los dias trascurridos, á pesar de tener en su interior ese cuerpo infecto. Despues de la expulsion de la placenta, continuó siendo su estado completamente satisfactorio.

Cuando á pesar de nuestros esfuerzos queda dentro del útero una porcion de la placenta, cuya extraccion sea muy difícil, vale más abandonarla á la naturaleza, sin descuidar las inyecciones vaginales con una infusion de manzanilla clorurada ó una ligera disolucion de ácido fénico y prepararnos á combatir con la medicacion adecuada la septicemia, que suele ser una consecuencia inmediata de ese accidente.

El parto prematuro, principalmente si es de mucho tiempo el embarazo, exije muchas veces los mismos cuidados que el parto á término.

LECCION XXVII.

Embarazo extra-uterino. Su division. Indicaciones que presenta.

Una prueba más en favor de los que creemos que la vivificacion del óvulo se hace fuera de la matriz, se encuentra en los embarazos extra-uterinos, es decir, en el desarrollo del fétus fuera de la cavidad uterina.

Este género de embarazo, conocido desde fecha muy remota, ha sido dividido de distinta manera; pero estudiando perfectamente todos los casos de que se tiene noticia, hay que convenir en que no tiene lugar más que en la cavidad peritoneal, en las trompas de Fallopio, en el espesor de las paredes del útero y entre éste y la trompa ó en otros términos que solo hay cuatro especies de embarazos extra-uterinos, á saber: primera, abdominal ó peritoneal; segunda, intersticial; tercera, tubaria, y cuarta, tubo-intersticial.

Velpeau se ha ocupado mucho de esta cuestion y á sus estudios debemos poder rechazar los embarazos ováricos, admitidos en su tiempo hasta por él mismo y que repugnaban á la razon, pues para concederlos era preciso suponer que la fecundacion se verifica en el ovario antes del desprendimiento del óvulo; es decir, cuando este se halla áun cubierto por la túnica albugínea de aquel órgano, que tan impropia es para la endósmosis, única manera como entónces pudiera tener lugar.

En el embarazo abdominal, el óvulo fecundado en

vez de ser recogido por la trompa, ha caido en la cavidad del peritoneo, y semejante, como dice Velpeau, á la yema de una planta, se adhiere á la primera parte viva en que la naturaleza lo detiene, contrayendo rápidamente adherencias y desarrollándose entónces á su alrededor una actividad análoga á la que provoca un cuerpo extraño alojado en una parte cualquiera del organismo, se forma un saco membranoso al rededor del óvulo, cuyo saco es el quiste que siempre rodea á el huevo en esta especie de embarazos. Si disecamos la cubierta del nuevo sér en una época algo avanzada, encontramos de fuera á dentro; primero, una superficie de aspecto seroso; segundo, un tegido fibro-celular, en cuyo espesor hay vasos gruesos: y tercero, una membrana interna análoga á las mucosas y con más ó ménos villosidades. La placenta es de figura muy irregular.

En el embarazo tubario, el óvulo se ha detenido en una porcion de la trompa, distante de sus dos aberturas, y el quiste está constituido por las paredes mismas de la trompa.

El embarazo intersticial es el que cuesta más trabajo comprender como se verifica. Para ello es preciso suponer, ó que existia una oclusion del orificio interno de la trompa, posterior quizás al momento de la fecundacion, ó que retardada la marcha del óvulo, cuando llega á ese orificio ha adquirido un desarrollo que no le permite entrar por él y se fija entónces en uno de sus ángulos, separando sus fibras y formando á espensas de ellas su quiste.

Es muy probable que el embarazo tubo-intersticial sea en su principio tubario, pero verificándose en un punto muy próximo de su extremidad interna, al adquirir cierto volúmen se insinúa entre las fibras musculares del

útero y el quiste se forma á espensas de éstas y de la parte vecina de la trompa.

Creo inútil advertir que además del quiste existe en todos los casos el córion, el ámnios, el cordon umbilical y la placenta.

En todas las especies de embarazo extra-uterino se encuentra en la cavidad de la matriz (durante los primeros meses al ménos), como vestigios de la caduca y cierta cantidad de una sustancia blanda, difluente, análoga en su aspecto á la gelatina de Warton ó á la sustancia que se observa en el interior de los mixomas.

Causas. Se han atribuido los embarazos extra-uterinos á un movimiento de terror que coincide con la fecundacion, opinion hoy desechada, pues no es durante la fecundacion cuando el óvulo abandona á el ovario y llega á la matriz. Cazeaux los atribuye á anomalías en la direccion, situacion ó disposicion de las trompas. Un espasmo ó la obliteracion de estos órganos pueden tambien determinarlos. Boehmer y Bianchi los atribuyen á una desgarradura del útero; Mojon cree que la causa es la resistencia que la caduca ofrece en algunos casos á la entrada del óvulo en la matriz. La verdad de todo esto es que se ignora la causa del embarazo extra-uterino y que los autores han recurrido á multitud de hipótesis para ocultar nuestra ignorancia.

Síntomas. Son sumamente confusos y de ordinario solo el ver sucederse todos los signos del embarazo, presentarse los fenómenos precursores del parto y áun los del parto mismo sin tener lugar este y prolongándose la gestacion varios meses más del término habitual, es lo que puede llevar al conocimiento de lo que se trata. Sin embargo, los autores dicen que desde el principio de la gestacion hay dolor en cierto punto del abdómen, que el tu-

mor se encuentra en un lado del vientre, que los movimientos del fétus así como los latidos de su corazon se sienten más superficiales que en un embarazo uterino ó normal, que es imposible hacer el baloteo y que por el tacto vaginal se puede comprobar (y áun por la exploracion especular) el estado normal del cuello uterino y áun el estado de vacuidad de la matriz.

Diagnóstico. Se funda en la comprobacion de los dos hechos siguientes: 1.° la existencia de un embarazo, para la cual nos fijaremos en los signos ordinarios de este estado y 2.° la vacuidad de la matriz que podrá demostrárnosla el aspecto normal del cuello, la imposibilidad del peloteo, etc. Si logramos adquirir conviccion acerca de estos dos hechos, el diagnóstico es seguro. Con frecuencia, sin embargo, no puede hacerse este hasta que el embarazo lleva de diez á doce meses de fecha, á ménos que la inspeccion anatómica nos compruebe casualmente las sospechas que en una época anterior pudiéramos haber concebido.

Terminaciones. Pueden ser ó la rotura del quiste ó su retencion ilimitada. La rotura se verifica generalmente del cuarto al quinto mes, determina dolores excesivos y los síntomas de una hemorragia interna y si la enferma escapa de esta, los de una peritonitis mortal. Cuéntanse sin embargo algunos casos en que la mujer ha sobrevivido á esta inflamacion, pero es de suponer que entónces lo que ha habido es que se ha desarrollado una inflamacion adhevisa alrededor de las paredes del quiste y que la rotura de este se ha verificado en un intestino ó en la vejiga de la orina ó en el útero mismo, y entónces se forma una fístula que se sostiene un tiempo muy considerable, llegando á determinar la consuncion y la muerte, viéndose salir por el ano ó por la uretra ó por la vajina

con los dolores consiguientes porciones del fétus, como huesos enteros. Otras veces la perforacion se hace en las paredes abdominales.

La retencion ilimitada del quiste se observa raras veces. El fétus cesa de vivir y sufre una especie de momificacion; se absorve el líquido amniótico y disminuido de volúmen el quiste, queda solo un tumor abdominal que produce más bien verdaderas incomodidades que una enfermedad, y así subsiste años enteros, sin que impida una concepcion uterina, pudiendo sucumbir la mujer de cualquiera otra enfermedad; ó al cabo de más ó ménos tiempo se verifica una inflamacion en el quiste y se rompe en cualquier órgano vecino ó en las paredes del vientre.

Pronóstico. Es funesto siempre para el fétus y en la inmensa mayoría de casos para la madre tambien, pues esas terminaciones, favorables relativamente, de la formacion de una fístula ó de la retencion ilimitada del quiste no son ni con mucho las más frecuentes. Hasta cuando interviene el arte, rara vez se consigue salvar siquiera la vida de la mujer.

Tratamiento. Ante la inmensa gravedad de un embarazo extra-uterino la ciencia tiene muy pocos medios que oponer y áun estos pocos ni son eficaces ni tienen indicacion precisa. Cazeaux aconseja que en los primeros meses debemos procurar la pronta muerte del fétus, practicando en la madre abundantísimas sangrías generales, pero ni muerto el fétus desaparece el peligro, ni las sangrías son un medio de determinar esa muerte y lo único positivo que podemos conseguir es dejar á la mujer sin fuerzas para poder sobrepasar los mil riesgos que le aguardan, y esto, abstraccion hecha de que en los primeros meses de un embarazo de esta clase, el diagnóstico es sumamente difícil.

La práctica que yo creo más razonable es mantenerse en una prudente expectacion é intervenir tan solo cuando haya una indicacion precisa y la naturaleza de los accidentes lo exija. Por ejemplo; sobrevienen dolores expulsivos que han de ocasionar seguramente una hemorragia más ó ménos fatal? Adminístrese el ópio hasta el narcotismo. ¿Existen señales de una hemorragia interna? la quietud, aplicaciones frias al vientre, inyecciones hipodérmicas con una solucion de ergotina y áun de percloruro de hierro. ¿El quiste ha contraido adherencias con las paredes abdominales y se ha abierto al exterior? Desbridar la herida, procurar la extraccion de los restos del fétus y practicar inyecciones detersivas en el quiste mismo. ¿Se ha abierto paso á la vejiga de la orina? La talla vesico-vaginal es la preferible.

Quedan sin embargo otras circunstancias que apreciar. Supongamos que el diagnóstico no ofrece duda alguna y que el fétus, de cuya vida estamos seguros, es de término y hace proeminencia en el vientre por cima del estrecho superior. Es conveniente entónces la espectacion ó debemos intervenir activamente para salvar la vida del nuevo ser? De la expectacion resulta indudable la muerte de éste y muy probable la de la madre; de intervenir solo podemos hacer la gastrotomía, operacion de muy dudosos resultados: ¿ la emprenderemos á pesar de esto? Velpeau se decide por la afirmativa y esta es tambien mi opinion en vista de que con la operacion, alguna, aunque rara vez, se ha logrado salvar á ambos seres. Pero y si el fétus está muerto debemos á pesar de ello intentar la gastrotomía? Hay tambien autores que se deciden por ella, pues dicen que haciéndola cuando áun no se ha roto el quiste y no existen por tanto síntomas de inflamacion del peritoneo hacemos la operacion en circunstancias más favorables que

cuando más tarde podamos vernos precisados á practicarla. Ante la gravedad de dicha rotura del quiste en el abdómen y la muerte por sus consecuencias, me decidiria sin vacilar por la operacion, pero como no sabemos qué terminacion va á sobrevenir y si el tumor adquirirá adherencias con las paredes del vientre ó con la vejiga ó con un intestino y se perforará en estos puntos, originándose de aquí la posibilidad de la curacion, y como por otra parte es sabido que si el embarazo (lo cual no podemos saber *á priori)* es abdominal la extraccion de la placenta produce una hemorragia necesariamente mortal y si la dejamos en el vientre los riesgos son igualmente muchos, yo opto en este caso que suponemos, por la expectacion.

Para hacer la gastrotomía me parece el mejor proceder el siguiente. Colocada la mujer en una cama en decúbito supino con las piernas dobladas sobre los muslos y estos sobre la pélvis y la cabeza algo elevada, se le practica una incision que comprendiendo la piel y tejido adiposo, se extienda á lo largo de la línea alba y desde el ombligo á la sínfisis púbica. Despues con grandes precauciones se va rompiendo con el bisturí la interseccion aponeurótica que constituye la *línea alba* hasta el peritoneo exclusive y hecho esto se coloca en la herida una compresa cribosa enceratada, varios planos de hilas, compresas y un vendaje de cuerpo, haciendo guardar cama á la enferma y sometiéndola á una dieta rigorosa. A los tres dias hacemos una curacion simple de la herida y á los ocho ó diez en que el quiste ya ha contraido adherencias con el peritoneo, procedemos á incindir este así como las paredes de aquel y á extraer el fetus ligando y cortando el cordon umbilical y dejándolo fuera de la herida á ver si conseguimos que la putrefaccion permita sa-

lir la placenta y los restos del fétus ó de las membranas sin graves consecuencias. Desde luego se supone que no se deja abierta toda esta herida de que tratamos sino solo la tercera parte inferior de ella uniendo los lábios de los dos tercios superiores con los puntos de sutura profunda y supercial que sean necesarios. (1)

Este proceder es una aplicacion del de Graves para los quistes del abdomen.

Cuando el fétus haga proeminencia hácia la vagina, en esta es en la que debe hacerse el desbridamiento que tiene infinitos ménos riesgos que la gastrotomia.

Sin embargo, en muchos casos nos veremos precisados á usar, mal de nuestro grado, una medicacion sintomática, cuyo único resultado será hacer más llevaderos sus últimos dias á la infeliz paciente.

LECCION XXVIII.

Partos distóxicos. Division de la distocia en accidental y esencial y ambas dependientes de la madre ó del fétus. Distocia accidental dependiente de la madre.—1.° Hemorragia. Sus causas.—2.° Eclampsia. Consiste en una intoxicacion urémica.

En otra parte he tratado del parto considerándolo fisiológicamente, ó mejor dicho, como una funcion natural en la que por tanto el médico no tiene otra cosa que hacer sino coadyuvar á las miras de la naturaleza. Pero no siempre pasan las cosas de la manera que he descrito, sino

(1) Véase ovariotomia.

que en ocasiones el parto mas natural se vé retardado, dificultado ó hecho imposible por un accidente cuya presentacion no se ha podido preveer y en otros casos la dificultad ó la imposibilidad y siempre el riesgo se ha diagnosticado desde los primeros momentos. A estos últimos partos se les ha llamado distóxicos esencialmente, al paso que aquellos otros que normales ó naturales en su principio se hacen anormales durante su curso, se les ha designado con el nombre de distóxicos accidentalmente.

De cualquier manera que sea, la causa que hace laborioso ó distóxico un parto, puede existir en la madre ó en el fétus, y de aquí que los partos distóxicos se han divídido en cuatro órdenes. 1.° Partos distóxicos accidentalmente por causa de la madre. 2.° Partos distóxicos accidentalmente por causa del fétus. 3.° Partos distóxicos esencialmente á causa de la madre, y 4.° Partos distóxicos esencialmente á causa del fétus.

De todos ellos hay que tratar sucesivamente.

A.—Distoxia accidental por parte de la madre.

El parto más natural se hace distóxico por hemorragia, por eclampsia, por rotura de la matriz ó de la vagina, por accidentes sobrevenidos en el curso de diversas enfermedades de la mujer, por debilidad ó agotamiento de fuerzas, por contractura ó rigidez del cuello y por resistencia excesiva del periné.

§ I.

Hemorragia.

La hemorragia durante el parto puede verificarse, segun Velpeau, por la mucosa pituitaria, por la respiratoria, por la digestiva, por la visual y por la útero-vaginal, mereciendo mencion especial solamente la última, pues en las demás tanto las causas como el pronóstico y el tratamiento ninguna particularidad ofrecen.

Causas de la metrorragia. A la cabeza de las causas de la hemorragia útero-vaginal que ha sido designada con el nombre genérico de metrorragia, figuran las roturas de la matriz y de la vagina de que hablaremos luego; siguen las implantaciones viciosas de la placenta y el desprendimiento parcial de ésta y la rotura del cordon umbilical, que tambien merecen capítulos especiales; continúan determinadas enfermedades del útero y de la vagina, de las que tampoco debo ocuparme en este lugar; y va en último término ese estado particular de la sangre descrito ya con el nombre de clórosis que por sí solo constituye una predisposicion á la hemorragia.

De lo dicho se deduce que no puede considerarse en manera alguna á la hemorragia como una enfermedad especial que puede presentarse en el parto, sino como un síntoma de otros estados bien esenciales, bien accidentales, y por lo tanto su historia debe ir envuelta en la de esos otros trastornos.

§ II.

Eclampsia.

Para evitar repeticiones, siempre enojosas, no hablé en su lugar respectivo de la eclampsia ó de las convulsiones que sobrevienen alguna vez durante los últimos meses del embarazo, pues siendo más frecuentes en el parto y no diferenciándose en manera alguna estas de aquellas, preferí ocuparme de unas y otras en este lugar.

La eclampsia, pues, aparece ó durante los últimos meses de la gestacion ó en el momento del parto, ó en los primeros dias del puerperio, y consiste en una série de accesos convulsivos en los que toman parte todos los músculos de la vida de relacion y algunos de la orgánica y que son acompañados de la abolicion más ó ménos completa y prolongada de las funciones cerebrales. Esta definicion, completamente descriptiva, nada prejuzga acerca de la naturaleza de esta enfermedad.

Lesiones anatómicas. Las mujeres que sucumben de eclampsia lo hacen frecuentemente ó por congestion cerebral ó por asfixia y las lesiones que nos revela la autopsia se refieren generalmente á una ú otra de esas enfermedades. Algunas veces se han hallado las alteraciones propias del primer grado de la nefritis granulosas, pero respecto á este punto no hay que darle mucho valor á las autopsias hechas, pues no han sido muy escrupulosas ni mucho ménos se ha examinado con el microscopio el tegido del riñon.

Causas. La eclampsia no deja de ser frecuente en los países frios, pues una estadística hecha en Inglaterra sobre 38.306 partos ha dado una proporcion de un caso

por cada 485, al paso que otra de Mme. Lachapelle en Paris en idéntico número ofrece la proporcion de uno por cada 567, y por su parte Cazeaux dice no haberla observado más que tres veces en 2.000 partos ó sea uno por cada 666. Velpeau dice que es más frecuente en las casas de maternidad que en la práctica civil, y es de observacion que en dichas casas cuando se presenta un caso siempre sobrevienen muchos más, lo cual se ha atribuido al contagio ó á la imitacion.

Constituyen predisposicion para la eclampsia el temperamento nervioso y el sanguíneo, la primiparidad, y y sobre todo la albuminuria, hasta el punto de que puede asegurarse de una manera absoluta que todas las eclámpsicas se hallan albuminúricas y que la quinta parte de las mujeres que tienen esta última afeccion sufren la eclampsia puerperal.

Las causas ocasionales de la enfermedad de que tratamos son, durante el embarazo todas aquellas que se han reconocido como capaces de producir el aborto: (1) durante el parto por enfermedades del útero ó de la vagina; por oclusion del orificio uterino ó de la vagina; por desproporcion entre el volúmen de la cabeza del fétus y los diámetros de la pélvis; por operaciones tocológicas; por muerte del nuevo ser; por roturas de la matriz; por impresiones morales fuertes. Tambien sobreviene despues del parto y entónces sus causas son ó una hemorragia abundante, ó una inversion de la matriz, ó una retencion de la placenta en su totalidad ó en parte, y tal vez en alguna ocasion una metritis, pero en todas las circunstancias se necesita la preexistencia de la albuminuria.

---

(1) Váase pág. 209.—Causas del aborto.

Síntomas. Esta enfermedad sobreviene por ataques compuestos desde dos accesos hasta setenta ó más, cuya duracion es menor la de los primeros, que puede ser hasta de uno á dos minutos, se prolongan luego hasta tres ó cuatro, llegando rara vez á siete ú ocho, aunque se dice haber alcanzado algunos hasta media ó una hora. Generalmente despues del primer acceso queda la mujer en su estado normal, pero á medida que estos se repiten y se prolongan, este intervalo lúcido, cuya duracion varia entre algunos minutos y doce horas, vá siendo cada vez menor y miéntras existe se encuentra la enferma en un estado comatoso, insensible, por tanto, á cuanto pasa á su alrededor y á las excitaciones que puede sufrir: despues de los primeros accesos queda en un estado de postracion considerable, pero bien pronto abre los ojos y se manifiesta sorprendida de cuanto le rodea y se le dice, recobrando al fin completamente su conocimiento; pero cuando aquellos se repiten, las convulsiones alternan con el coma sin que tampoco vuelva en sí durante aquellas.

El acceso vá generalmente precedido de pródromos que se presentan en ocasiones hasta seis ú ocho dias ántes de aquel y consisten en una irritabilidad extraordinaria de la mujer, *hemicránea rebeldísima y disminucion considerable ó desaparicion casi completa de la secrecion urinaria.* Estos dos últimos síntomas tienen una importancia extraordinaria, pues muy rara vez dejan de vaticinar la eclampsia. El acceso mismo tiene varios períodos que han sido reducidos á tres, á saber: de invasion, de convulsiones tónicas y de convulsiones clónicas. En el período de invasion, que dura un minuto, hay ligeros movimientos convulsivos en la cara, más pronunciados en un lado que en otro, la cabeza se inclina sobre un hombro y las extremidades superiores tambien se agitan, doblándose los

dedos sobre la mano (el pulgar bajo los otros como en la epilepsia), la mano sobre el antebrazo y éste sobre el brazo. Bien pronto sobreviene el período segundo, cuya duracion es de algunos segundos y en el cual esos movimientos convulsivos cesan, quedándose la cabeza, las facciones y las extremidades superiores en el estado de contraccion permanente en el mismo sentido que ántes, pero faltando las alternativas de relajacion que existian, y el cuerpo entero se inmoviliza, no siendo extraño encontrar un opistotonos ó un pleurostotonos, ó lo que se ha llamado un *tétanos tónico* (aunque muy impropiamente) y la muerte parece que vá á sobrevenir por momentos. Tras este segundo período viene el de convulsiones clónicas, en el cual vuelve la relajacion de los músculos á alternar con sus rápidas contracciones, la enferma parece como si quisiera balbucear algunas palabras, su rostro se pone amoratado, su respiracion se hace muy corta, pero muy acelerada, las carótidas laten con violencia, las venas yugulares se dilatan, el corazon redobla sus contracciones, es imposible separar los dientes, hay espuma á menudo sanguinolenta en la boca, la deglucion no puede efectuarse y durante este período no es extraño que contrayéndose fuertemente el útero expulse rápidamente á el fétus sin que pueda apercibirse la mujer por su estado y pasando á menudo sin que lo noten los asistentes, ocurriendo con frecuencia haberse encontrado al cabo de más ó ménos tiempo á el fétus asfixiado entre las piernas de la madre, por falta de auxilio.

En pos del tercer período sobreviene una completa relajacion de todos los músculos y un quebrantamiento general, ocurriendo lo que más arriba indiqué cuando traté de los intervalos de los accesos.

La muerte sobreviene unas veces por asfixia en el pe-

ríodo de las convulsiones tónicas y otras en los intervalos de los accesos á consecuencia de una apoplegía cerebral.

Si la enfermedad ha de terminar mal, los accesos van haciéndose sucesivamente más frecuentes, largos é intensos, sus intervalos menores y durante ellos el coma es muy profundo. Si se ha de juzgar favorablemente, todo sucede á la inversa, los intervalos son largos y durante ellos la enferma recobra el pleno uso de sus facultades intelectuales, que llegan hasta á no perderse en medio de alguno de los últimos é insignificantes accesos. Hay observaciones, sin embargo, de mujeres que han quedado despues de la eclampsia por algun tiempo con sus facultades intelectuales entorpecidas, algunas con pérdida solamente de la memoria y ciertas en un estado de enagenacion mental más ó ménos duradero.

Diagnóstico. Para distinguir la eclampsia del histerismo, tendremos presente que en este hay á menudo el bolo histérico; que las convulsiones nunca son tónicas sino clónicas en todos sus períodos; que durante ellas no se pierde del todo el conocimiento; que el pulgar no se halla escondido debajo de los otros dedos sino estendido; que no hay espuma en la boca y que no sucede el coma á las convulsiones.

La epilepsia se diferencia de la eclampsia en que el acceso convulsivo vá casi siempre precedido del áura epiléptica y áun cuando el pulgar se esconde bajo los otros dedos y puede haber espuma sanguinolenta y áun el coma despues del acceso, este coma es muy poco graduado: las convulsiones no son tónicas, van precedidas de un grito inicial, el acceso es de mayor duracion y en cambio el coma muy ligero (cuando existe).

En la catalepsia hay una inmovilidad absoluta de la enferma que conserva cuantas posiciones se le dan y ade-

más su fisonomía es tan especial que quien haya observado una vez esta enfermedad, comprende cuanto se ha escrito sobre los *éxtasis de los iluminados* (vulgo cataléptticos) y no la confunde jamás con ninguna otra.

La apoplegía no vá precedida sino rara vez de movimientos convulsivos, ni estos tienen, cuando existen, los caractéres que se han descrito en la eclampsia, y en ella no hay una relajacion muscular completa como en el coma de esta, sino más bien hemiplegia ó paraplegia.

En los casos de duda se buscará, para ilustrar el diagnóstico, la albúmina en la orina.

Pronóstico. La eclampsia es uno de los accidentes más graves que pueden ocurrir á la mujer embarazada, pues segun las estadísticas hechas, sucumben la tercera parte de las atacadas, aunque Mme. Lachapelle hacia subir la proporcion á la mitad. De los fétus muere uno de cada dos y los que quedan suelen nacer enfermizos y alcanzar muy pocos meses de vida. Respecto á la época en que sobreviene, es más grave la que ocurre en un embarazo no muy avanzado, por las dificultades que el estado del cuello uterino ofrece entónces al parto. La que aparece durante el parto y continúa despues del alumbramiento, es casi siempre mortal. Tambien ofrece mucha gravedad la que se inicia despues de concluido el parto.

Cuando la cantidad de albúmina que existe en la orina es escasa y el anasarca muy poco considerable, es más favorable el pronóstico de la eclampsia que en circunstancias opuestas, así como tambien es de buen agüero que los accesos sean cortos, que los intervalos que los separan sean largos y durante ellos recobre pronto la enferma su inteligencia, máxime si le permite dormir con un sueño tranquilo, pues generalmente este sueño es

el que anuncia la proximidad de la convalecencia.

Referente al pronóstico hay que tener tambien en cuenta que despues de ataques fuertes de eclampsia suelen quedar alteraciones de los sentidos (especialmente el oido y la vista) y de las facultades intelectuales; inflamaciones de las vísceras abdominales (el útero en primer término), la septicemia puerperal y otros muchos accidentes, aunque de menor importancia que los indicados.

Naturaleza de la eclampsia. Scanzoni divide la enfermedad en convulsion reflexa, espinal y cerebral, considerándola como una irritacion nerviosa de la estremidad periférica de los nervios sensitivos, ó de la médula espinal (conducida á esas extremidades), ó del cerebro comunicada á la médula.

La eclampsia, sin embargo, no puede ser clasificada entre las afecciones nerviosas. Todas las mujeres eclámpsicas son albuminúricas; la presencia de la albúmina en la orina coincide siempre con una falta considerable de la urea; uno de los síntomas precursores de la eclampsia y casi constante es la considerable disminucion de la orina; los síntomas de la eclampsia apénas se diferencian de los de la uremia; la eclampsia pues, debe ser considerada como una intoxicacion urémica íntimamente ligada á la albuminuria. Y no se oponga á esta opinion el dicho de que se hayan hecho algunas autopsias en que no se habia hallado la mas mínima lesion de las que existen en la nefritis granulosa, pues dichas autopsias carecen absolutamente de valor en el momento en que en ellas ha faltado el exámen microscópico y por tanto ignoramos si en el depósito formado por la orina hubo ó no además de glóbulos sanguíneos y mucosos y células epiteliales, esos cilindros fibrosos de que tanto se ocupa Weld ó la altera-

cion en el epitelium de los canalículos de la sustancia cortical del riñon ó la que existe en el tejido intersticial que rodea las cápsulas y los canalículos, segun cual sea la especie de nefritis albuminosa de que se trate.

En tanto, pues, que observaciones rigurosas y autopsias muy detalladas no invaliden la opinion que queda expuesta, deberemos considerar á la eclampsia, de acuerdo con la mayoría de los autores modernos, como una intoxicacion urémica.

Tratamiento. Hay que atender primero á prevenir la eclampsia si es posible; segundo á dominar los accesos y á evitar la apoplegía ó la asfixia; tercero á procurar la salvacion del nuevo ser.

1.° *Prevenir la aparicion de la eclampsia.* Cazeaux apoyado en la autoridad de Dews y otros, prescriben decididamente el uso de las evacuaciones generales de sangre, pero á mí me parece más racional que en una mujer albuminúrica con la alteracion sanguínea que se ha llamado clórosis de las embarazadas y además anasárquica, se acepte el consejo de Penard y se administren los amargos, el hierro, una alimentacion reparadora y los baños generales templados. Tampoco me satisface el uso de los purgantes repetidos, ni áun el del tártaro emético á dósis nauseabundas que elogian en alto grado Collins y Johnson. Se ha propuesto la anticipacion del parto en los casos que la existencia de los síntomas precursores de la eclampsia hagan temer su próxima aparicion, pero no pudiendo determinarse á menudo si esa anticipacion (siempre violenta) apresurará ó no la aparicion del temido accidente, y no siendo tampoco el parto un medio infalible para curarlo, debemos ser muy cautos al decidirnos por este medio que solo es indispensable en el caso de una albuminuria intensa con anasarca muy considerable, cuando los signos

precursores son indudables y muy graduados, siendo ineficaz todo tratamiento médico para hacerlos desaparecer, y en el caso de que el fétus tenga siquiera ocho meses de vida intra-uterina. No olvidemos, sin embargo, que como he dicho, el parto no evita todos los riesgos y podria sucedernos en alguna ocasion que temiendo la aparicion de la eclampsia aconsejásemos á la mujer y á su familia la provocacion del parto y luego y á consecuencia de esta provocacion sobrevenga realmente el accidente tan temido y lo que es más lamentable y no ménos posible, que á consecuencia de él falleciesen la madre y el fétus.

2.° *Tratamiento de los accesos y de la enfermedad.* Durante aquellos deberemos cuidar de que la enferma esté en la cama, quitando cualquier ligadura que oprimiese alguna parte de su cuerpo, colocando dos personas á su lado para evitar el daño que pueda hacerse (aunque este es generalmente muy poco, pues estas enfermas no briegan). Con el objeto de evitar que se muerdan la lengua se colocará entre las mandíbulas un pedazo de madera ó un corcho envuelto en un lienzo. Se le harán poner sinapismos en las extremidades inferiores y si la prolongada inmovilidad de las paredes torácicas ó el abotagamiento del semblante y la inyeccion de los ojos hicieran abrigar temores de una asfixia ó de una congestion cerebral, se abrirá una de las venas de la flexura del brazo y se hará una abundante evacuacion sanguínea. Si los accesos fuesen muy prolongados y frecuentes, se harán durante ellos inhalaciones con el éter ó el cloroformo, hasta obtener la relajacion muscular, ó se meterá á la enferma en un baño general templado de 30 minutos ó más de duracion. Tambien y con especialidad en los intervalos de los accesos, se pondrán enemas con vino turbio emético ó con asafétida, y se le hará tomar cucharadas frecuentes de aceite de

ricino ó el calomelano solo ó asociado á la jalapa. Se ha aconsejado tambien el uso del hidrato de cloral, el del bromuro de potasio y el de la infusion de cáñamo indio y miéntras la enferma no puede tragar, se han usado inyecciones hipodérmicas.

Trousseau recomienda la compresion intermitente de ambas carótidas. Otros preceptúan el uso de las ventosas secas ó escarificadas á la nuca y detrás de las orejas. Velpeau hace poner desde el principio tres vejigatorios, uno á la nuca y dos en las extremidades inferiores, principalmente en los casos en que la infiltracion es considerable. Tambien se ha aplicado el hielo á la cabeza.

Los opiados han sido generalmente proscritos.

3.° Para *procurar la salvacion del fétus* y al mismo tiempo ante la idea de que se ha visto muchas veces terminarse un ataque de eclampsia con el alumbramiento, se ha aconsejado la aceleracion del parto. Sin embargo, para los casos en que la enfermedad sobreviene durante la gestacion, pero léjos de su término, ya indiqué más arriba mi opinion; pero si ha aparecido en cualquiera de los períodos del parto, ya entónces varia completamente la cuestion y creo con la mayoría de los autores que urge su pronta terminacion. Entónces, si el cuello está completamente dilatado y las contracciones uterinas son fuertes y los accesos no son muy largos ni muy frecuentes, puede abandonarse la marcha á la naturaleza, pero faltando cualquiera de estas condiciones, vale más proceder á la version, si la cabeza del fétus está áun por cima del estrecho superior de la pélvis, ó á la aplicacion del forceps si se encuentra encajada en la escavacion.

Si el cuello no está ni dilatado ni dilatable, las dificultades aumentan y la mayoría de los parteros aconsejan abandonar el trabajo á los esfuerzos de la naturaleza. Pero

si el caso urge, entónces apelaremos á la rotura de la bolsa amniótica, á la introduccion forzada de la mano (la cual no siempre es posible y puede producir desgarraduras que agraven los accesos) ó á el desbridamiento múltiple del cuello uterino con el instrumento cortante, para hacer luego la version ó aplicar el forceps. Hay que advertir que una vez fuera la criatura, conviene (máxime si dura la eclampsia) extraer las secundinas.

LECCION XXIX.

Continúa la distocia accidental.—3.° Roturas de la matriz. 4.° Roturas de la vagiana.

§ III.

Roturas de la matriz.

La rotura de la matriz es sin duda alguna el accidente más temible que puede ocurrir durante el parto, pues no solo es la muerte misma de la mujer, sino la muerte acompañada del cortejo de la hemorragia, de la eclampsia, de la muerte del fétus, etc., etc.

Esta lesion puede ocurrir en el cuerpo ó en el cuello y áun en éste hay que distinguir las de su porcion supra-vaginal de las de la vaginal, distincion muy importante, pues esta última ocurre casi en todos los partos al franquearlo la cabeza del fétus y no implica la menor gravedad ni áun merece que nos ocupemos de ella. Cuanto diga, pues, de las roturas del útero, entiéndase con referencia al cuerpo ó á la porcion supra-vaginal de su cuello.

Lesiones anatómicas. Las partes en que con más frecuencia se encuentran las roturas son, durante el embarazo la parte media ó superior del cuerpo, y en el momento del parto las partes inferiores, y en estas varía el sitio segun la causa que la ha producido. Si ha sido una estrechez de la pélvis, la rotura ocurre en la parte postero-inferior lo que, segun Roberton, es debido á la compresion que sufre este sitio entre el ángulo sacro-vertebral de la mujer y la cabeza del fétus; si la pélvis espinosa, sobreviene en las partes laterales inferiores; si una contusion, en la parte anterior média ó las laterales medias; si una lesion orgánica de la matriz, entónces ó es en el mismo sitio de la lesion (si existe allí un reblandecimiento del tejido), ó cualquiera ménos ese si hay una induracion; si la aplicacion de algun instrumento, las porciones latero-inferiores, etc.

La rotura puede ser completa ó nó y en este último caso la peritoneal es la túnica que más resiste, principalmente si la rotura es hácia los bordes ó el cuello; se han visto, sin embargo, en autopsias hechas, estar íntegra la túnica muscular y rota hasta en colgajos la peritoneal. Los lábios de la rotura, cuando es total, pueden hallarse entre-abiertos ó en contacto inmediato ó teniendo entre ellos una porcion mayor ó menor del tubo intestinal. En la pélvis siempre se encuentra cierta cantidad de sangre coagulada, la cual á veces es muy considerable y capaz por sí sola de explicar la muerte de la enferma.

Causas. Se dividen en predisponentes y ocasionales. Entre las predisponentes se encuentran la edad un tanto avanzada de la mujer; haber tenido muchos hijos; un embarazo de gemelos; una hidropesía del amnios; la muerte del fétus algunos ó muchos dias ántes del parto; padecimientos anteriores ó actuales de la matriz con especiali-

dad las degeneraciones; las estrecheces de la pélvis; la pélvis espinosa; los tumores de los huesos de esta ó de las partes blandas; la mala presentacion del fétus; las posiciones desviadas; los fétus monstruosos, etc.

Como causas determinantes se cuentan los golpes, las contusiones, las heridas y la compresion brusca ó violenta del vientre; la mala aplicacion del forceps ó de otros instrumentos de los que se emplean en las operaciones tocológicas ó las maniobras imprudentes para practicar la version; un parto sumamente largo que dé lugar á que ciñéndose perfectamente el útero sobre el cuerpo del fétus, las partes salientes de este determinen la inflamacion y áun la mortificacion de cierta porcion de aquel. En otras ocasiones la contraccion uterina es la causa eficiente de la rotura, pero para que esto tenga lugar es preciso que exista por un lado una predisposicion en este órgano, y por otro algun obstáculo á la pronta y fácil salida del fétus.

Síntomas. Un grito desgarrador de la mujer con el que expresa el agudísimo y repentino dolor que siente, es el primero é importante síntoma de la rotura del útero. La parturiente dice que se le ha desgarrado algo en el vientre y que el fétus ha cambiado de situacion, y bien pronto experimenta vértigos, palidece, se empequeñece notablemente su pulso, se desencajan sus facciones, sobrevienen á veces vómitos, se pone fria y acusa un sentimiento instintivo de su próximo fin. Si se practica el tacto vaginal se nota que la bolsa de las aguas (si estaba formada) ha desaparecido, y el cuello del útero se ha contraido, y si es posible la entrada de la mano en el interior de esa entraña, se la encuentra vacía ó se puede reconocer en otros casos que el fétus se halla mitad dentro del útero y mitad en la cavidad abdominal. Si el fétus estaba

vivo y el paso al vientre ha sido completo, pueden sentirse sus movimientos á través de las paredes abdominales. Respecto á las contracciones uterinas, disminuyen considerablemente ó cesan por completo.

Cuando en vez de ocurrir la rotura durante el parto, como hasta aquí he supuesto, sobreviene en el trascurso del embarazo, existe para formar el diagnóstico, además de la causa que la ha producido, el grito desgarrador y *angustioso*, como dice Desormeaux, el cambio de situacion del fétus, el percibirse sus movimientos, ó cuando ménos poder reconocer sus partes salientes á través de las paredes abdominales, la imposibilidad de hacer el peloteo, el cambio de forma y de extension del cuello uterino y los síntomas generales dichos ya.

Diagnóstico. Es fácil de hacer cuando el fétus pasa total ó parcialmente á la cavidad abdominal, pero si permanece completamente en la matriz, entónces los síntomas son muy equívocos y si no existe una causa traumática, y si por una rara casualidad no presenciamos el momento en que se verifica la rotura, el diagnóstico no puede hacerse sino en la autopsia.

Pronóstico. Es gravísimo en alto grado, aunque no necesariamente mortal. La cantidad de sangre derramada en la cavidad del vientre (pues como hemos visto, en este caso la hemorragia no es externa), la estension de la rotura, el paso más ó ménos completo del fétus al abdómen, la extrangulacion de algun asa intestinal entre los lábios de la herida uterina, y tal vez tambien la mayor ó menor oportunidad de los medios de tratamiento empleados, todas estas son circunstancias que influyen notabilísimamente en el pronóstico. Hay tambien que tener en cuenta que la muerte en esta lesion puede ser debida ó inmediatamente á la hemorragia, á la eclampsia y á la considera-

ble pérdida de fluido nervioso (pues como dice muy oportunamente el Dr. Santucho, las pérdidas de fluido nérveo aniquilan tanto ó más que las de sangre), y consecutivamente por metro-peritonitis, por extrangulacion intestinal y por septicemia.

Tratamiento. Puede ser preventivo ó curativo, deduciéndose el primero del conocimiento de las causas capaces de producir este accidente y fundándose en los medios de evitar sus efectos.

El tratamiento curativo varia segun que la rotura se haya producido durante el embarazo ó en el momento del parto. En el primer caso ó el fétus ha permanecido en su alojamiento natural ó ha pasado al vientre: si ocurre lo primero el diagnóstico será muy oscuro ó imposible y de todas maneras tendremos que limitarnos á paliar los síntomas que se presenten que serán generalmente los de una hemorragia interna ó los de una eclampsia, siendo el tratamiento de esta el que ya hemos indicado con anterioridad (1) incluso la dilatacion artificial del útero y el parto forzado. Si los síntomas revelan una hemorragia interna, entónces la aplicacion del hielo al vientre, la sangría corta de la mano ó del brazo, los astringentes minerales y vegetales al interior ó en inyecciones hipodérmicas, los revulsivos á las mammas é inter-scápulas. ¿Habrá una contradiccion para la administracion del cornezuelo de centeno? Ignoro si será tan notable que haga proscribir este medicamento en estos casos.

Cuando la rotura sucede en el momento del parto, tambien puede ocurrir que el fétus haya pasado ó no á la cavidad abdominal. Si no ha pasado es indispensable terminar cuanto antes el parto con la aplicacion con suma

(1) Véase tratamiento de la eclampsia.

prudencia del forceps, si la presentacion es de cabeza, y con los ganchos romos ó los dedos sirviendo de gancho, si de pélvis, procurando entónces su más pronta salida, extrayendo de todas maneras las secundinas é introduciendo despues la mano en la matriz para explorar si existe algun asa de intestino entre los lábios de la herida y tratar en caso afirmativo de su reduccion, metiendo los dedos índice y medio por la herida uterina y procurando introducir el intestino en el vientre y si tal extrangulacion no existe, para solicitar la contraccion del útero sobre la mano, y que de este modo se achique el tamaño de la herida y disminuya el calibre de los vasos que producen la hemorragia.

Si el fétus ha pasado al vientre puede ser en parte ó en totalidad. Si es en parte y el cuello uterino no está dilatable, hay que recurrir á la gastrotomía, pero si lo está entónces hay que procurar la introduccion de la mano y ver si es posible sacarlo de la cavidad abdominal por la misma herida del útero aunque haya que dilatarla algo con los dedos, pero nunca con el bisturí como dijo Cazeaux y tan sangrientamente le rebatió Chaylli Honoré, y practicar la version. Si no es posible sacar al fétus por la via natural hay que apelar tambien á la gastrotomía. Este tambien será el único recurso, si el paso del fétus al vientre ha sido total.

La gastrotomía en estos casos se ejecuta de la misma manera que indiqué al tratar del embarazo extra-uterino, procurando tan solo introducir el cordon umbilical por los labios de la herida interna, á fin de que salga con la placenta por la vía natural y que al terminarla no quede extrangulacion intestinal ni coágulos ó aguas en la cavidad del peritoneo. Los cuidados consecutivos serán áun más severos que en aquel caso, debiéndose contar en la

inmensa mayoría de las operaciones con que sobrevendrá una intensa inflamacion metroperitoneal y aunque esta falte es muy de temer la septicemia.

Aun en las poquísimas enfermas que salvemos con la operacion, será preciso hacerlas llevar despues de curadas una faja abdominal que se oponga á una eventracion de la que es una predisposicion tan notable la herida de la línea alba, que muy raras veces cicatriza sólidamente.

§ IV.

Roturas de la vagina.

Pueden tener lugar en la parte superior, en la media ó en la inferior de su trayecto, y pueden ser longitudinales, trasversales y oblícuas.

Causas. Necesitan para que se verifiquen una predisposicion análoga á las de la matriz, y sus causas ocasionales tambien pueden ser como las de aquella, traumáticas ó internas, figurando entre las primeras y en lugar preferente las tentativas imprudentes para forzar el cuello del útero cuando está poco dilatable, y las hechas para rechazar la parte del fétus que se presenta en la version. Entre las internas, se encuentran una poderosa contractilidad del útero coexistiendo con una estrechez algo graduada de la pélvis.

Síntomas. Dolor repentino hácia el interior de la pélvis, aunque no muy intenso, coincidiendo con el fin de una contraccion de la matriz y acompañado de una sensacion de desgarradura que acusa la enferma; paralizacion del parto, y cuando el fétus pasa á el vientre desaparece la presentacion ó se cambia, ascendiendo la parte presentada; hemorragia no muy considerable, saliendo

con frecuencia la sangre al exterior. El tacto vaginal puede hacernos conocer la desgarradura y sus límites cuando existe por bajo ó á nivel de la parte del fétus que se presenta, no así si es por arriba, en cuyo caso no podremos adquirir evidencia de la rotura hasta despues de terminado el parto.

Diagnóstico. Se funda en los síntomas que acabo de indicar.

Pronóstico. No encierra tanta gravedad como el de la rotura de la matriz, pero aquella es mayor en las roturas superiores porque el fétus pasa en parte ó en totalidad á la cavidad del vientre, y en las trasversales porque entónces casi siempre se desprende en totalidad el útero de la vagina. Las roturas medias ó inferiores son causa de fístulas vésico y recto-vaginales.

Tratamiento. La indicacion principal es extraer el fétus por las vías naturales, bien por la version ó con el forceps. Despues de hecho esto hay que cuidar de que no quede algun asa intestinal presa entre los bordes de la solucion de continuidad, reduciéndola en caso de que así se encuentre, y recomendando la quietud absoluta y una dieta rigurosa con las que á menudo se ha curado este accidente sin dejar lesion alguna. Si quedara fístula, se apelará al tratamiento que diré en su lugar oportuno.

Habrá, sin embargo, que recurrir á la gastrotomía cuando el fétus hubiese pasado en totalidad ó en una gran parte al vientre y existiese una estrechez considerable de la pélvis.

LECCION XXX.

Termina la distoxia accidental.—5.° Inercia uterina.—6.° y 7.° Contracturas y rigidez del cuello uterino.—8.° Irregularidad de las contracciones. — 9.° Enfermedades diversas.

§ V.

Inercia uterina.

Consiste en la debilidad primero y luego la suspension de las contracciones uterinas.

Causas. Pueden ser morales ó físicas, y entre las primeras figuran no solo las pasiones de ánimo, sino hasta la indicacion de que el fétus no ha de tener el sexo que deseaba la madre y hasta la presencia de una persona que desagrada á la mujer, si esta es muy nerviosa y excitable. Entre las causas físicas obran como predisponentes el estado pletórico, la debilidad considerable, todas las enfermedades existentes que determinen dolor, los vómitos pertinaces, el hidro-amnios. Las determinantes son esos dolores á que aludo, los calambres, la retencion de orina, etc.

Síntomas. La inercia uterina sobreviene á veces áun durante el parto más natural y espontáneo y puede ocurrir en cualquiera de los cuatro períodos en que he dividido el trabajo. Las contracciones uterinas que eran lo intensas que permitian el tiempo del parto en que se encuentra la mujer, disminuyen repentinamente de intensidad y concluyen por desaparecer completamente, lo cual

sumerje á aquella en un estado de tristeza considerable, ocurriéndole los más siniestros presentimientos.

Pronóstico. Varía segun el período en que se encuentre el parto. Si es en el primero, el accidente tiene poca importancia y ningun riesgo corren la madre ni el fétus. Si en el segundo y máxime en el tercero, el fétus está en sumo peligro de perecer, lo cual hace ordinariamente á poco que dure la inercia unas seis ú ocho horas. En este tercer período tambien pueden sobrevenir accidentes de gravedad á la madre, como una considerable sedacion nerviosa que puede hasta hacerla sucumbir; tambien la expone á inflamaciones consecutivas graves de la matriz y del peritoneo, á las fístulas vésico y recto-vaginales como consecuencia de flegmasías intensas ó gangrena de alguna porcion de la vagina, etc., etc.

Se ha calculado que si el período de expulsion del fétus dura más de ocho horas con rotura de la bolsa, hay para que sucumba el 75 por 100 de probabilidades, si pasa de doce el 90 por 100, y en este último caso para la madre el 60 por 100.

Tratamiento. Es una cosa muy corriente que en cuanto hay inercia uterina se recurra al cornezuelo de centeno ó á la ergotina, sin fijarse en circunstancia alguna, y es preciso tener en cuenta que tales medicamentos, ó no producen efecto, ó su accion puede ser nociva, cuando no existe una indicacion precisa. En el tratamiento de la inercia hay que fijarse en la causa, y la primera providencia debe ser tratar de separarla. ¿Existe un estado pletórico? Una sangria de la mano ó del brazo es entónces el mejor excitante de la fibra muscular de la matriz. ¿Hay un dolor vivo en algun punto del cuerpo? Los narcóticos en bebida ó en enemas despiertan los dolores. ¿Se trata de una retencion de orina? El cateterismo uretral apresu-

rará el parto. ¿Un hidro-amnios suspende los dolores en el primer período? La puncion de la bolsa de las aguas los hará aparecer. ¿La presencia de una persona ó una mala impresion moral han sido la causa del accidente? Alejando á aquella ó tranquilizando á la parturiente el accidente desaparecerá.

Solo en los casos en que desaparecida la causa continúe la inercia, ó cuando ésta es producida por la excesiva debilidad de la parturiente, se administrará el cornezuelo de centeno recien pulverizado, cuya accion me parece más eficaz y rápida que la de su alcaloides la ergotina, y lo administraremos á la dósis de 6 á 10 granos (3 á 5 decígramos) cada 20 minutos, suspendiéndolo cuando las contracciones aparezcan. Estas contracciones entonces no son tan largas como las naturales, ni hay entre ellas una completa intermision, sino que apenas vá extinguiéndose una se recrudece, y este estado de contraccion casi permanente en que entra la matriz bajo la influencia del cornezuelo, es la causa de que, ejerciendo una compresion contínua sobre el fétus, determine la suspension de su circulacion y su muerte. Es un hecho de todos reconocido hoy, que en aquellos partos en que ha sido preciso administrar el citado medicamento, la mortalidad del fétus ha sido muy superior a la de otros análogos en que se ha podido prescindir de él.

§ VI.

Contractura del cuello uterino.

Puede sobrevenir en medio de la dilatacion más regular.

Causas. Un temperamento sanguíneo y el estado de

plétora, así como el temperamento nervioso y la excesiva irritabilidad, predisponen á este accidente, que aparece de repente ocasionado por una impresion moral ó por dolores fuertes en diferente punto que en la matriz.

Síntomas. Aparece de repente y en medio del parto más eutóxico, una contraccion espasmódica del cuello uterino, durante la cual éste se pone más grueso, caliente y muy sensible, sobreviniendo al mismo tiempo dolores lumbares contínuos y violentos, suspendiéndose el parto, ó mejor dicho, sus progresos, aunque continúen las contracciones intermitentes de el cuerpo de la matriz, todo lo cual es causa de grandes sufrimientos para la mujer.

Diagnóstico. Puede confundirse con la rigidez del cuello, pero en ésta sus bordes continúan delgados como se hallaban, no se aumenta su calor ni están sensibles al tacto.

Pronóstico. Varia segun la época en que tenga lugar este accidente. Si es cuando ya ha atravesado el cuello uterino una parte considerable del fétus y éste se presentaba por su extremidad podálica, haber compresion del cordon mubilical y el fétus puede morir á consecuencia de ella. A la madre la predispone inmediatamente á la eclampsia y al agotamiento de fuerzas, y en fecha posterior á la metro-peritonitis.

Tratamiento. Si la mujer es robusta ó se halla pletórica, está indicada una abundante sangría del brazo. En todos los casos se apelará tambien á las fricciones con la pomada de belladona en el cuello uterino. Cazeaux prefiere el extracto de este vegetal, en el que empapa un clavo de hilas y lo lleva con los dedos índice y medio al cuello, al que fricciona y áun deja el referido lechino en contacto con él. Tambien se usarán los baños generales templados ó los semi-cupios, pero de larga duracion. Si

áun persiste la contractura, se hace poner á la enferma una enema con 16 ó 18 gotas de láudano y en seguida se introduce el dedo índice izquierdo por la vagina hasta penetrar en el cuello de la matriz y sirviendo de conductor se desliza sobre él un bisturí botonado y cortante en muy pequeña estension, con el que se hace un desbridamiento múltiple. Este desbridamiento solo ofrece dificultades cuando el cuello se halla contraido sobre una parte cualquiera del fétus. En este caso conviene proceder en seguida que se ha desbridado á la terminacion manual ó instrumental del parto.

En fecha muy reciente en que el hidrato de cloral estaba *haciendo furor*, se le usaba tambien al interior para corregir el accidente á que me estoy refiriendo, pero hoy la mayoría de los parteros conviene en que dicho medicamento tiene muy poco valor en estos casos.

§ VII.

Rigidez del cuello uterino.

Se observa en los mismos casos que la contractura, de la que se distingue como queda indicado, por la falta de grosor, de calor y de dolor en el cuello del útero, que existe en la rigidez.

La rigidez consiste en una falta de extensibilidad del cuello uterino y no en la contraccion de su orificio, y esa inestensibilidad puede ser debida algunas veces á cicatrices ó á enfermedades, observándose tambien en las primíparas de cierta edad.

Este accidente solo es terrible cuando es producido por una alteracion considerable en la textura del cuello.

Su tratamiento consiste en las fricciones belladonadas, los baños templados y el desbrindamiento múltiple.

§ VIII.

Contracciones irregulares del útero.

La irregularidad de las contracciones consiste ó en que aunque, poco intensas, no hay intermitencia entre ellas, ó en que afectan tan solo á una porcion de la matriz, siendo sin embargo tan dolorosas como las totales y en ocasiones quizás más. La mujer que ve que á pesar de sus sufrimientos el parto no adelanta ó que no tiene un momento de reposo, se desespera, llora, pide que la saquen de semejante estado aunque sea á costa de su vida, es atacada de movimientos convulsivos y áun de delirio y de fiebre.

Un estado local anterior de irritacion uterina ó uno general de plétora ó de considerable escitabilidad nerviosa, suelen ser las causas de este accidente que el arte tiene medios de vencer, pero que abandonado á sí propio, podria ser de fatales consecuencias para la madre y por consiguiente para el fétus, pues rara vez desparece expontáneamente, siéndolo entónces en una época avanzada del parto.

Tratamiento. Si hay un estado pletórico, será de mucha utilidad la sangría general seguida de un semi-cupio templado de larga duracion. En otros casos se prescribirá el láudano en enemas (20 á 40 gotas para cada una) ó al interior, además del baño mencionado arriba. Se han usado tambien con buen éxito el hidrato de cloral y la clorofilia. En casos rebeldes se procurará la anestesia con el éter ó el cloroformo, cuya indicacion aquí es evidente.

§ IX.

Enfermedades diversas.

Ciertas enfermedades anteriores unas á la concepcion, posteriores otras, pueden hacer muy comprometido un parto que, abstraccion hecha de ellas, se presentaba en las mejores condiciones. A la cabeza de ellas figuran las hemorragias que pueden tener lugar por la nariz, por la boca (hemotisis y hematemesis) por la uretra (uretro ó cistoragia) y por el ano (rectoragia) además de las que se verifican procediendo la sangre del aparato genital. Todas esas hemorragias reconocen por causa ó un estado general del organismo (clorosis, escorbuto, plétora) ó una alteracion orgánica (pólipos de las fosas nasales, tísis pulmonal, cáncer del estómago, cálculos vexicales, alteraciones del intestino recto, etc.) y todos estos estados pueden ser reconocidos antes de la gestacion ó durante ella y áun ser curados ó modificados los susceptibles de ello. Pero ocurre, no raras veces, que ó bien ese diagnóstico no se ha hecho, ó la enfermedad es incurable ó el profesor vé por primera vez á la mujer en el trabajo del parto, y de cualquier manera que sea, la hemorragia se presenta y entónces es evidente que aunque el diagnóstico de la enfermedad primitiva pueda hacerse, muy raro será que podamos atender á ella y la mayoría de ocasiones nos veremos precisados á tratar únicamente el síntoma con relacion al parto é intervenir quizás en este á causa de aquel.

En este trance, pues, si la hemorragia es debida á la plétora, puede no tener mucha gravedad y áun convendria permanecer en la espectacion y practicar una sangría de la mano ó del brazo.

Si no reconoce esa causa hay que apelar á los medios de tratamiento indicados para cada especie de hemorragia sin excluir una pequeña sangría revulsiva en ciertos casos, y además es preciso impedir que la mujer *haga* sus dolores, es decir, que se entregue á esfuerzo alguno durante ellos, y en cuanto el cuello del útero se halle dilatado ó dilatable proceder á terminar el parto por la version ó con el forceps.

Hay una hemorragia gravísima en todos los casos y más durante el parto y es la cerebral, que en la inmensa mayoría de los casos termina por la muerte, áun antes de que se consiga extraer el fétus, como debemos intentar en seguida, sin perjuicio de usar al mismo tiempo los estimulantes á la piel, el vino emético turbio en enemas etc.

Algunas enfermedades de los aparatos respiratorio y circulatorio pueden comprometer gravemente el parto. Una tísis muy avanzada que apénas ha podido ser detenida por la gestacion, una bronquitis capilar amenazando una próxima asfixia, un acceso de asma idiopático ó sintomático de una bronquitis crónica ó de una lesion cardiaca, estas lesiones mismas del corazon agravadas durante el embarazo por la clorosis especial de ese estado, un aneurisma de un grueso vaso cuya rotura es inminente; un enfisema pulmonal ó cutáneo y hasta la fractura trasversal del esternon de la que existen observaciones en que ha ocurrido durante el parto mismo, todas estas enfermedades exijen la intervencion del profesor para terminar prontamente el parto, aconsejar prudentemente á la mujer, y prescribirle los medicamentos indicados en ese género de lesiones.

Ciertos estados febriles ó, mejor dicho, ciertas fiebres como la tifoidea, la variolosa, la escarlatinosa y las enfermedades pestilenciales, adquieren una gravedad in-

mensa con el parto á el que tambien tienen mucha tendencia á anticipar, bien determinando la muerte del fétus ó bien produciendo apoplegías placentarias á causa de la fluidificacion de la sangre, ó determinando contracciones fibrilares del útero que bien pronto pasan á ser verdaderos dolores de parto. Respecto á este, su gravedad principal consiste; primero, en la falta de conciencia de sí misma en que se encuentra la enferma, que no pone nunca en juego sus potencias musculares y el parto se verifica solo por la causa eficiente principal; segundo, en que la muerte del fétus que se verifica á menudo en el claustro materno y su rápida putrefaccion es causa de debilidad de las contracciones uterinas; tercero, en que el estado de liquefaccion de la sangre determina con frecuencia suma metrorragias muy copiosas y difíciles de contener.

En la mayoría de estos casos, pues, habrá que proceder á la pronta evacuacion del útero por la version ó con el forceps, á administrar el cornezuelo de centeno para avivar las contracciones uterinas y á emplear con actividad suma todos los medios de que se hablará en los capítulos que tratan de las diversas causas capaces de producir la metrorragia.

Otras afecciones que debemos tambien tener muy presente, son las hernias de las vísceras abdominales, las que si son reductibles hay que mantener reducidas durante el trabajo del parto, valiéndose de los vendajes apropiados, y si no son reductibles se aplica sobre ella para sujetarla una pelota cóncava ó se contiene con la mano de una persona inteligente para evitar que se aumente durante los esfuerzos del parto. Si durante éste se verificase la extrangulacion, hay que terminarlo cuanto antes para acudir á ella.

LECCION XXXI.

B.—Distocia accidental dependiente del fétus.

1.° Muerte del fétus.—2.° Rotura prematura de la bolsa de las aguas.—3.° Longitud excesiva del cordon umbilical.—4.° Brevedad del mismo.—5.° Compresion que sufre á veces.—6.° Rotura.—7.° Desprendimiento total ó parcial de la placenta.

§ I.

Muerte del fétus.

Puede verificarse algun tiempo ántes del parto y durante el trabajo de éste. En el primer caso es debida á enfermedades de la madre ó del fétus mismo, aparte de ciertas causas traumáticas que pueden hacer perder repentinamente las relaciones entre ambos, aunque sea parcialmente. Aludo á desprendimientos parciales y áun totales de la placenta que se han observado á consecuencia de caidas de la mujer (con especialidad sobre los piés), ó de golpes sufridos por ésta.

La muerte del fétus durante el trabajo puede ser debida á una rotura prematura de la bolsa de las aguas, como queda indicado: á un trabajo largo; á la eclampsia; á las roturas de la matriz ó de la vagina: á contracciones irregulares del útero; á operaciones practicadas sobre él ó sobre la madre; á desprendimientos de la placenta y á las lesiones del cordon, de que trataré en seguida.

Los signos que indican la muerte del fétus durante el

embarazo, son los siguientes: disminucion del volúmen del vientre; sensacion de peso hácia la pélvis; falta de los movimientos activos. La mujer dice que cuando se mueve en la cama le parece como si la caida de un cuerpo inerte situado en el interior del vientre la acompañase en sus movimientos; hay ligeros dolores uterinos y es más perceptible el peloteo. Aparece una leucorrea más ó ménos abundante y fétida, y en ocasiones no tardan en presentarse fiebres erráticas; la mujer se encuentra abatida, sobresaltada; su color se vuelve térreo y algunas se ven atacadas de movimientos convulsivos, no siendo tampoco cosa extraña ver sobrevenir una septicemia.

Un fétus muerto puede permanecer en la matriz desde algunas horas hasta muchos meses, no sobreviniendo el parto en este caso hasta el término ordinario. Esto, sin embargo, es muy raro, pues para que tenga lugar es preciso que sufra una saponificacion ó momificacion que impida se trastorne gravemente la salud de la madre.

Cuando el nuevo sér sucumbe durante el parto, sufren las contracciones uterinas una disminucion en su intensidad ó un retardo que puede llegar hasta la inercia misma, y si la bolsa de las aguas se ha roto y la cabeza no obtura completamente la pélvis se vé salir con las aguas cierta cantidad de meconio. Si es posible reconocer el cordon umbilical se nota que está flácido y no tiene pulsaciones.

No hay que decir que sea cualquiera la época en que sucumba el fétus, la auscultacion del vientre de la madre permite percibir tan sólo el ruido de fuelle ó placentario, pero no el de los latidos del corazon.

Pronóstico. Si la muerte del fétus ocurre durante el embarazo hay cierta gravedad, pues son muy de temer además de la septicemia, accidente importantísimo, inflamaciones de la matriz, etc. Si tiene lugar durante el parto

éste sufre algun retardo y áun puede presentarse la inercia uterina.

Tratamiento. Si comprobamos el accidente de que me ocupo durante la gestacion, es conveniente, aunque la mujer no acuse trastorno alguno, procurar la pronta salida del fétus y aconsejar una alimentacion nutritiva, el uso de vino añejo, el ejercicio al aire libre, además de la tranquilidad del espíritu. Cuando tratemos del aborto quirúrgico, veremos los medios más eficaces para que este se verifique, y claro es que la indicacion de estos será todavía más apremiante si existen en la mujer algunos desórdenes patológicos.

Durante el parto si comprobamos dicha muerte, permaneceremos en una espectacion racional, es decir, estaremos sobre aviso por si sobrevienen la inercia, convulsiones ó hemorragias, pero no intervendremos activamente á no ser que exista una verdadera indicacion.

§ II.

Rotura prematura de la bolsa de las aguas.

Este accidente sobreviene la mayor parte de las veces á consecuencia de un reconocimiento hecho sin precaucion alguna, pero tambien se presenta espontáneamente y áun puede ser la causa ocasional del parto. En este último caso la rotura tiene lugar en un punto de las cubiertas del fétus situado por cima del orificio uterino y el agua del amnios no sale en totalidad sino una porcion más ó menos considerable.

La gravedad de este accidente depende por una parte de que la bolsa de las aguas es como una cuña que vá dreparando la dilatacion de las partes blandas para la

salida de la cabeza, y faltando aquella, ésta tiene por sí sola que practicar la dilatacion, lo cual no se hace sino aumentándose la duracion del parto y exigiendo más esfuerzos y mayores sufrimientos á la mujer; por parte del fétus hay que tener en cuenta que las aguas del amnios evitan que obren directamente sobre él las contracciones uterinas, como sucede cuando aquellas faltan, y entónces sufre compresiones que si tienen lugar sobre el cordon determinan á menudo la asfixia.

Es por lo tanto de cierta gravedad este accidente para la madre y sobre todo para el fétus de cuya muerte es una de las causas más frecuentes. La rotura anticipada de la bolsa de las aguas es, sin embargo, uno de los medios á que apelamos para acelerar el parto en los casos de hemorragia, pero entónces existe un peligro considerable para la madre y para la criatura, y no es prudente vacilar ánte la idea de agravar la situacion de ésta, porque además de ser por sí sola muy comprometida, no deja de serlo y mucho la de aquella.

Tratamiento. Si el parto camina bien, es preciso fiarnos á la naturaleza: si la dilatacion del cuello uterino se retarda, apelaremos á la belladona, y sobre todo á los semi-cupios y á los baños generales templados.

§ III.

Longitud excesiva del cordon.

El Dr. D. Rafael Ameller y Romero, que me explicó la asignatura de obstetricia, etc., y de cuyas sábias explicaciones guardo muy gratos recuerdos, repetia con fre-

cuencia como medio nemoténico que el cordon umbilical puede ser causa de distocia

Por demasiado largo
Por demasiado corto
Por estar comprimido
Y por haberse roto.

y en efecto, estas cuatro condiciones del cordon constituyen todos los accidentes que relativamente á él pueden complicar el parto.

La excesiva longitud del cordon parece debia incluirse entre las causas de distocia esencial referente al fétus, pero como esa longitud no perturba siempre el parto, sino sólo en los casos en que hay prolapsus y este prolapsus es muy accidental, de ahí que la haya colocado en esta seccion. La excesiva brevedad sí que pertenece á la distocia esencial; pero como veremos muy pronto, esta brevedad puede ser esencial (es decir, verdadera), ó accidental (esto es, debida á vueltas del cordon al cuello ó á cualquier parte del cuerpo del fétus); así es que para no ocuparme de este mismo asunto en dos lugares distintos, he preferido tratar en este sitio de la brevedad absoluta y de la relativa del cordon, con tanto más motivo cuánto que esta última es la más frecuente.

Cuando el cordon umbilical es muy largo, pueden producir su prolapsus, es decir, su salida de la matriz ántes de la parte presentada, las causas siguientes: una considerable cantidad de líquido amniótico; una rotura anticipada de la bolsa; la insercion de la placenta en la proximidad del cuello; las porciones desviadas del fétus, principalmente las de cabeza complicadas con la salida de un pié ó de una mano; los vicios de conformacion de la pélvis de la madre, y las oblicuidades de la matriz.

Síntomas. Varian segun se reconoce el prolapsus

ántes ó despues de la rotura de la bolsa. En el primer caso se siente con el dedo á través de las membranas y por delante de la parte presentada, un cordon grueso susceptible de ser dislocado y en el que se notan pulsaciones mucho más frecuentes que en las arterias de la madre. Estas pulsaciones y esa movilidad son los signos para distinguir si se trata del prolapsus del cordon ó de un cefalematoma externo, al paso que esa misma movilidad y la posibilidad de reconocer por cima del cordon la presentacion, hacen que no se confunda dicho cordon con una mano ó un pié, aunque en estos casos la forma de la bolsa de las aguas es otro signo para el diagnóstico.

Cuando la bolsa se ha roto, el cordon prolapsado no solo se toca, sino se vé, y por lo tanto el diagnóstico es fácil.

Pronóstico. Este accidente es de mucha gravedad para el fétus á el que con mucha frecuencia cuesta la vida, pero no para la madre que suele no sentirse por ello en lo más mínimo.

Cuando existe el prolapsus es de interés para el pronóstico y para el tratamiento saber si el fétus está vivo, pues en caso contrario toda intervencion por parte de partero seria completamente inútil. Tendremos, pues presente que siempre que el cordon esté verdoso, flácido, frio y sin pulsaciones en el intervalo de varios dolores seguidos, es muy probable que haya dejado de existir el nuevo sér aunque se hayan visto casos en que ha durado la vida despues de un cuarto de hora de faltar las pulsaciones. En los casos de duda se practicará la auscultacion abdominal con el objeto de comprobar los latidos del corazon del fétus.

Tratamiento. Segun Cazeaux, no intervendrá el profesor en los tres casos siguientes: primero, si el fétus es-

tá muerto: segundo, si se reconoce el prolapsus, cuando acabada de romper la bolsa las contracciones uterinas han sido tan enérgicas como para engastar completamente la cabeza en la escavacion y por lo tanto es de esperar una pronta terminacion del parto, y tercero, cuando la cabeza del fétus (parte presentada) es pequeña, la pélvis ámplia y el cordon se halla hácia una de las sínfisis sacro-ilíacas, pues en este sitio la compresion no es absoluta y es de esperar tambien en este caso un pronto alumbramiento. Sin embargo, áun en estos dos últimos casos, si el parto se retarda por cualquier otro accidente y faltan las pulsaciones del cordon, hay que proceder en seguida á la extraccion con el forceps.

Cuando reconocemos el prolapsus ántes de la rotura de las membranas, es muy conveniente tratar de llevarlo con el dedo y sin lastimar éstas hácia una de las sínfisis sacro-iliacas, lo cual hay que intentarlo en el intervalo de los dolores, y si lo conseguimos y el cuello uterino estuviese ya dilatado, vale más romper la bolsa, cuidando miéntras sale el agua del amnios y la cabeza se engasta de sujetar el cordon con el dedo hácia la sínfisis dicha.

Si la bolsa se ha roto, se aconseja practicar esa misma reduccion, cogiendo el cordon con los dedos índice y medio de la mano derecha (por su parte media, si es pequeña el asa prolapsada y apelotonándolo si es grande), y tratar de llevarlo á una de las sínfisis sacro-ilíacas é introducirlo por ese sitio en la matriz, aguardando ántes de soltar el cordon á que uno ó dos dolores hagan bajar más la cabeza y se impida la nueva salida de aquel. Guillemot prefiere llevar el cordon con la mano entera al interior del útero por cima de la cabeza, no sacando la mano hasta que las contracciones mismas la expulsen. Otros quieren que al hacer lo indicado por Guillemot se enganche el cordon en

uno de los miembros del fétus; pero esto no es necesario. Dudau ata con una cinta estrecha, aunque sin hacer compresion alguna, el asa del cordon y sujeta la otra extremidad de la cinta por medio de un mandril á el ojo de una sonda de goma elástica: hecho esto, introduce la extremidad de la sonda en la matriz, sirviendo de conductora una mano y la deja allí hasta que, trascurridos varios dolores se ha engastado la cabeza en la escavacion, despues de lo cual sacando el mandril deja libre el cordon con la cinta en la cavidad uterina, terminando luego por extraer tambien la sonda. Cuando la presentacion no sea de vertice se intentará la reduccion de una manera análoga.

En los casos en que esta reduccion sea imposible y con la certeza de que el fétus está vivo, se procederá á la extraccion con el forceps si la cabeza está engastada en la escavacion, ó á la version si se halla áun muy alta.

§ IV.

Brevedad del cordon umbilical.

Puede ser natural ó accidental y en este caso depende de las vueltas que tiene al cuello ó á cualquier otra parte del fétus, para lo cual predispone mucho y áun es su única causa el poco volúmen de la criatura coincidiendo con una abundancia considerable del líquido amniótico, de todo lo que se origina la gran movilidad de aquella, y que en cualquiera de los movimientos se lie el cordon á una ú otra parte de su cuerpo.

Síntomas. El primero y el segundo período del parto nada presentan de particular; pero apénas verificada la dilatacion del cuello y cuando rotas las membranas pare-

cia, á juzgar por la energía de las contracciones y la justa proporcion entre el volúmen de la cabeza del fétus y la amplitud de la pélvis, que la salida de aquel estaba muy próxima, empezamos á notar que en lo más intenso de la contraccion uterina un dolor especial en la matriz que nada tiene que ver con el que aquella determina, obliga á la mujer á suspender los esfuerzos con que se ayudaba y la cabeza que casi aparecia en la vulva vuelve á ascender repitiéndose la escena á cada nueva contraccion.

Si la presentacion es de la extremidad podálica, salen los piés y las nalgas de la vulva y en este momento es cuando empieza á representarse la escena descrita anteriormente, comprobándose en este caso el diagnóstico de brevedad del cordon que ha debido ya hacerse, procurando llegar con el dedo al anillo umbilical del fétus, enganchando con él el cordon y viendo que se encuentra completamente tirante.

Diagnóstico. Los síntomas indicados bastan para hacerlo en todos los casos.

Pronóstico. Es grave para la madre, á la que expone á una hemorragia consecutiva, á un desprendimiento parcial y áun total de la placenta y á la inversion de la matriz, y para el fétus que tambien puede sucumbir á consecuencia de ese desprendimiento placentario.

Tratamiento. Si la presentacion es de la extremidad podálica, se engancha el cordon con el dedo índice, como se dijo más arriba, y sirviendo éste de conductor se corta aquel con una tijera roma y curva por su plano, lo más alto que se pueda, procurando comprimir con el dedo la extremidad del cordon correspondiente al fétus y áun ligarlo en cuanto sea posible y terminar cuanto ántes la extraccion de éste para librarlo de la asfixia que es inminente.

Si la presentacion es de la extremidad cefálica, se aplica el forceps y en cuanto ha salido la cabeza se reconoce si hay vueltas del cordon al cuello, quitándolas en caso afirmativo ó cortando aquel si es difícil quitarlas, con lo que el parto termina en seguida, restando sólo examinar si ha sobrevenido alguna inversion del fondo de la matriz para corregirla introduciendo la mano en su cavidad.

§ V.

Compresion del cordon.

Esta se verifica en los casos de prolapsus en que á esa compresion y á la detencion en la circulacion que le es consecutiva se deben los inconvenientes que presenta y el riesgo en que constituye al fétus.

§ VI.

Rotura del cordon umbilical.

Reconoce por causa ó la brevedad del cordon en casos en que las adherencias de la placenta son fuertes y las contracciones uterinas enérgicas, máxime si ese cordon es además algo delgado, ó las maniobras para reducir un prolapsus del mismo cordon.

Síntomas. En el caso de que existiera ántes la brevedad del cordon, se nota que en el momento de su rotura (que á veces la indican las mujeres diciendo que han sentido romperse algo en su interior) sobreviene alguna pérdida de sangre y la cabeza se encaja perfectamente en la escavacion, terminándose en seguida el parto despues del

cual continúa saliendo cierta cantidad de sangre que desaparece pronto, notándose perfectamente en el fétus la confirmacion del accidente que suponiamos. Cuando la rotura es debida á otra causa, notamos una hemorragia no muy violenta, pero contínua y que no se suspende en el momento de la contraccion uterina (se distingue la hemorragia que procede del fétus de la de la madre en que en la que proviene de ésta existe esa suspension á que aludo).

Pronóstico. Es de suma gravedad para el fétus y tanto más cuanto que sobrevenga en un período ménos avanzado del parto. Si ocurre ántes de la dilatacion completa del cuello uterino, la muerte de aquel es inevitable. Este accidente no tiene importancia alguna para la madre.

Tratamiento. Una vez diagnosticada la rotura del cordon umbilical, hay que proceder cuanto ántes á la terminacion del parto por el forceps ó por la version, segun el período en que se encuentre el parto.

§ VII.

Desprendimiento total ó parcial de la placenta.

Esta es una de las causas más frecuentes de hemorragia durante el parto y áun durante la gestacion, en cuyo estado determina inevitablemente el aborto.

Causas. Sobreviene este desprendimiento unas veces por causas morales como el miedo, el terror, una impresion viva, un acceso de cólera; otras veces por causas físicas como golpes en el vientre, caidas (con especialidad la de nalgas), un paseo á caballo ó en carruage, etc., y en ocasiones sólo puede atribuirse á una causa interna que,

segun Gendrin, consiste en una contraccion aislada é irregular, por lo tanto, de cualquiera de las tres capas musculares perfectamente distintas que se encuentran en el útero grávido. Esta contraccion irregular que puede ser solicitada por cualquiera de las causas de que queda hecha mencion, modifica necesariamente la circulacion en los vasos de las otras capas, y estos trastornos circulatorios determinan ó congestiones placentarias que no tardan en producir la apoplegía, ó rotura de vasos que la producen desde luego. En este último caso tenemos las hemorragias uterinas por exhalacion sanguínea (de los autores), y en el otro esa sangre derramada entre la placenta y el útero, desprende aquel órgano, bien en una sola porcion más ó ménos extensa si sus adherencias son fuertes, bien en su totalidad si son más débiles.

Síntomas. Varían segun que la hemorragia sea interna ó externa. En el primer caso, que tiene lugar cuando el orificio uterino no se halla dilatado ni la bolsa rota, ó cuando áun existiendo circunstancias opuestas la parte presentada del fétus está encajada en la escavacion, ó la sangre derramada en vez de despegar las membranas y venirse hasta el cuello uterino las rompe á cierta distancia de éste y penetra en el huevo, de lo que resulta que áun perfectamente dilatada la matriz y sin estar sirviendo de tampon la parte presentada con tal de que se halle formada la bolsa de las aguas, la sangre no sale al exterior. En esta hemorragia que se ha llamado interna los síntomas son los siguientes: debilidad y áun desaparicion de las contracciones uterinas, si se habian presentado; abultamiento considerable y progresivo del vientre; palidez de la mujer que se queja de mucha debilidad, de desvanecimientos y vértigos y suele expresar su estado con esta palabra gráfica de las hemorragias internas, *¡hay qué fati-*

gas!; síncopes; frialdad del cuerpo; pequeñez creciente del pulso; sudores frios. Con este cuadro, aunque no se haya visto una sola gota de sangre, se puede diagnosticar sin temor de equivocarse que existe una hemorragia interna sintomática de un desprendimiento parcial ó total de la placenta. En las hemorragias externas se une á estos síntomas la salida de la sangre que á veces á borbotones se vé fluir de la vulva y el diagnóstico es áun más evidente.

Diagnóstico. En el párrafo anterior indiqué en qué puede distinguirse la sangre que procede de la madre de la ocasionada por la rotura del cordon umbilical ó procedente del fétus. El conmemorativo podrá indicarnos aparte del tacto vaginal y áun en su caso el exámen con el *especulum* si la sangre mana de alguna alteracion del cuello uterino, en cuyo caso la hemorragia nunca es interna ni tampoco en tanta cantidad como la debida al desprendimiento placentario y rotura consecutiva de los vasos intero-placentarios.

Pronóstico. Es muy grave para el fétus, cuya vida corre un inminente riesgo por asfixia, pues su circulacion se dificulta y áun se paraliza con la falta de las relaciones que deben existir por el intermedio de la placenta. Respecto á la madre tambien se encuentra en grande riesgo, siendo tanto más grave el pronóstico para ésta cuanto mayores sean las dificultades que puedan existir para la pronta terminacion del parto. Siempre es peor el pronóstico de la hemorragia interna que el de la externa.

Tratamiento. Creo que nada más breve ni más á propósito para recordarlo en los casos de apuro que copiar el siguiente cuadro hecho por P. Dubois, en el que están compendiados con sumo acierto todos los recursos que deben emplearse en el tratamiento del formidable accidente de que me estoy ocupando.

ANTES DEL PARTO.

- **HEMORRAGIA LEVE A.**
  - Posicion horizontal.
  - Reposo absoluto.
  - Aire frio.
  - Bebidas acídulas frias.
  - Sangría si hay plétora (de la mano ó del brazo).
  - Vaciar la vejiga y el recto.
- **HEMORRAGIA GRAVE B.**
  - Los mismos medios que en A. ménos la sangría.
  - Aplicaciones frias.
  - Si no bastan, el cornezuelo de centeno 2 gramos en 2 dósis de 10 á 10 minutos.
  - Si es insuficiente, el tamponamiento, y en algunos casos la perforacion de las membranas.

DURANTE EL PARTO.

- **HEMORRAGIA LEVE.....**
  - Orificio no dilatado ni dilatable. . . .
    - Membranas íntegras: Los s mismos medios que en A, menos la sangría que solo conviene en la plétora bien caracterizada.
    - Membranas rotas... Idem.
  - Orificio dilatado. .
    - Membranas íntegras: Como en A y esperar á romper las membranas.
    - Membranas rotas...: Como en A y esperar. Si los dolores son lentos y débiles, el cornezuelo de centeno.
- **HEMORRAGIA GRAVE....**
  - Orificio no dilatado ni dilatable. . . .
    - Membranas enteras: Como en A ménos la sangría, luego los refrigerantes y sinó basta y los dolores son débiles, el cornezuelo, romper las membranas y por último si la dilatacion del cuello no permite la version, practicar el tampanamiento.
    - Membranas rotas..: Como en A. Luego los refrigerantes, el cornezuelo y por último la compresion del útero, el tamponamiento y el parto forzado.
  - Orificio dilatado ó dilatable . . . . .
    - Membranas enteras: Romper las membranas y sinó basta, la version ó el forceps.
    - Membranas rotas..: Version si la cabeza está por cima del orificio, forceps si ha bajado á la escavacion, extraccion simple si se presenta la extremidad podálica.

A propósito del tratamiento de la hemorragia debo decir algunas palabras acerca de la trasfusion de la sangre, operacion que cuenta varios éxitos y muchos reveses. Su indicacion precisa es en el momento en que, desaparecida la causa de la hemorragia ó siendo fácil hacerla desaparecer pronto, la cantidad de sangre perdida es considerable, y dudamos si la mujer podrá reaccionarse. En estos casos en que la palidez de la enferma es grande, hay poco calor en su cuerpo, faltan las fuerzas hasta para el más leve movimiento, la sed es intensa, los alimentos los devuelve por vómitos apénas los toma y los síncopes se suceden unos á otros, estamos plenamente autorizados á emplear áun los medios más peligrosos. El Dr. Ustariz practicó en Madrid á fines de 1874 una trasfusion para la que él mismo suministró la sangre en una enferma casi exánime á consecuencia de una hemorragia y el resultado fué completamente satisfactorio. Se valió de una simple geringa de cristal calentando la sangre al baño María

Al lado de tanta simplicidad en el mecanismo operatorio y en el instrumental, pueden colocarse los mil y un trasfusores y los mil y un procederes que consigna la cirugía moderna. Por mi parte sólo indicaré someramente el de Nelaton, á causa de las facilidades que ofrece, pues tampoco se vale de aparatos especiales. Este profesor descubre la vena mediana basílica de la mujer, pasando luego bajo ella un hilo encerado, cuyas dos extremidades confia á un ayudante para que las tenga tersas; y cogiendo en la parte de la vena que está por bajo del hilo un pellizco con una pinza de disecar, hace con unas tijeras finas un colgajo en V con el ángulo inferior, levánta este colgajo con la pinza é introduce en la vena la cánula de una geringa cargada con tres á cuatro onzas de sangre acabada de salir de las venas de una per-

sona sana, empujando lentamente y de una manera igual el piston, pudiendo inyectar de este modo hasta una libra de sangre, pero con interrupciones de unos cuatro á seis minutos de inyeccion á inyeccion. Tanto la cánula como la geringa deben estar á 25° del centígrado; la sangre que se vaya á inyectar debe caer sin violencia en un vaso de cristal colocado en el baño María á una temperatura igual á la del cuerpo humano y ántes de hacer la inyeccion hay que cerciorarse de que se ha desalojado todo el aire de la geringa. Al principio se pretendia hacer la trasfusion con sangre de animales, pero hoy se usa exclusivamente la sangre humana, con lo que se han aumentado considerablemente las probabilidades de buen éxito.

LECCION XXXII.

C.—DISTOCIA ESENCIAL DEPENDIENTE DE LA MADRE.—§ 1.° Lesiones en las partes blandas que constituyen el conducto que debe recorrer el fétus para salir al exterior.

C.—Distocia esencial dependiente de la madre.

Así como en los partos distócicos accidentalmente, la conformacion de la madre y la del fétus y sus proporciones recíprocas eran excelentes, hasta el punto de que las dificultades al parto procedian de sucesos ó de circunstancias puramente eventuales, así en la distocia esencial no existe semejante eventualidad, sino que ó bien por parte de la madre ó bien por la del fétus, hay ántes de que el parto se anuncie una causa, sea cuál fuere, que lo hace imposible por los esfuerzos sólos de la naturaleza.

La maoyría de estos obstáculos pueden ser conocidos áun durante la gestacion y el diagnóstico de la distocia hacerse ántes de que se presenten los fenómenos precursores del parto. En otros casos este diagnóstico es imposible *a priori*, pero siempre aunque sea *a posteriori* se reconoce un obstáculo que impide la salida del fétus sin la intervencion del arte. Exijen, pues, los partos distócicos operaciones ya manuales, ya instrumentales, que tienen que hacerse sobre la madre ó sobre el hijo y que ponen en riesgo la vida de entrambos, aunque en proporciones distintas, segun la índole de la misma operacion.

Por parte de la madre hacen distócico un parto, multitud de lesiones cuyo asiento reside ó en las partes blandas del aparato genital y los órganos vecinos ó en las partes duras ó séase la pélvis. Trataré, pues, sucesivamente de unas y de otras.

§ I.

Lesiones en las partes blandas del conducto que ha de recorrer el fétus para salir al exterior y que constituyen el parto distócico esencialmente.

Estas lesiones pueden residir en los órganos genitales externos, en el medio y en los internos.

a.—Lesiones en los órganos genitales externos.—Consisten en la persistencia del hímen, la adherencia de los lábios mayores de la vulva entre sí y la presencia de diversos tumores de la vulva.

Persistencia del hímen. En la parte fisiológica ya indiqué que se conocen varios casos de haberse verificado la concepcion hallándose el hímen completamente imperforado. En este momento vienen á mi memoria dos

observaciones, una de la historia antigua, otra contemporánea. La primera es la de Cornelia madre de los Gracos, á la que en tres partos sucesivos hubo que incindirle el hímen; la otra es la de una negra de Santi Espíritus (Isla de Cuba) á la que se encontró una imperforacion del hímen cuando se hallaba con los dolores del parto, cuya observacion se publicó en 1860 en la *Revista Médica*, periódico que veia la luz en Cádiz. Yo mismo he visto otro caso de esta especie en una jóven de diez y ocho años que cedia sus favores á su novio de una manera incompleta, permitiéndole solo la aproximacion aunque no la introduccion del pene, lo que no obstó para que quedase en cinta, cosa que ella negó hasta el último momento, y en verdad tenia algun motivo para su negativa.

Cuando tal imperforacion existe y el tacto y la vista nos darán pronto cuenta de ella, bastará incindir el hímen distendido por la cabeza del fétus con un bisturí, pero con ciertas precauciones á fin de no herir á aquel.

Adherencia de los labios de la vulva. La adherencia entre los lábios mayores ó los menores ó unos y otros entre sí, puede ser congénita ó producida por cicatrices viciosas de ulceraciones de esas partes, y es claro que solo de esta última variedad debe tratarse aquí, pues si bien es asequible á la imaginacion que á través de la membrana hímen pase el sémen por endósmosis, no existe ésta cuando se trata de la piel y en los casos de esta clase que se conocen, la adherencia de los labios no se ha verificado hasta despues del cóito fecundante, á no ser que siendo aquella incompleta quede un paso aunque estrecho á la vagina.

Cuando nos hallemos frente á este accidente. si la adherencia es parcial, se debe introducir por la abertura existente una sonda canalada para verificar sobre ella la

separacion, pero si es total hay que disecar lentamente y con precaucion hasta que habiendo llegado á la cavidad vaginal se pueda introducir la sonda y hacer la operacion como acabo de indicar.

Tumores de la vulva. Los tumores de la vulva que pueden oponerse á la fácil salida, son de diversas clases, figurando en primera línea el edema de los labios mayores y menores de que ya he hablado y que pudiendo hacer el parto muy doloroso exige en algunas ocasiones escarificarlo. Tambien es muy digno de llamar la atencion *el hematoma ó trombus* de la vulva que describiré luego, y el cual si es muy extenso, puede llegar hasta la pélvis y no solo constituir un obstáculo un tanto poderoso á la salida del fétus, sino exponer á la mujer á la hemorragia durante el parto por rotura de la mucosa vaginal y al esfacelo del tumor consecutivamente. En estos casos deberá incindirse el hematoma procurando que la incision sea sobre la piel.

Otro tumor de la vulva que debe llamar la atencion es el *prolapsus de la vagina*, para el que predisponen un temperamento linfático y una constitucion debil, haber abusado mucho del coito y haber tenido muchos hijos. Empieza generalmente el prolapsus vaginal á manifestarse bajo la forma de un reborde mucoso que precede á la cabeza en su descenso y que cuando ella llega á la escavacion sale fuera de la vulva aumentando su tamaño, tomando un color de heces de vino y llegando en ocasiones á romperse. Cuando se ha reconocido desde un principio, podrá corregirse procurando reducirlo con los dedos en los intervalos de los dolores y manteniendo la reduccion cuando el dolor se presenta; en el caso contrario y cuando es considerable, podrá exigir la aplicacion del forceps y si está muy violado y amenaza romperse, valdrá más

escindir tres ó cuatro pliegues verticales de la mucosa vaginal por medio de unas tijeras curvas por su plano, con lo cual desaparecen el prolapsus y sus inconvenientes, siendo de muy poco interés las heridas que quedan.

Cualquiera otra clase de tumores que se encuentren en la vulva deberán ser respetados, en tanto no se opongan á la expulsion del fétus, pero si impiden ésta, será preciso extirparlos ó decidirnos á la mutilacion de aquel, lo que á todo trance debemos evitar mientras haya recursos que emplear.

La resistencia excesiva del periné es un accidente muy comun en las primíparas, con especialidad en las entradas en años, ó que han usado poco del cóito. Se le reconoce porque existiendo contracciones enérgicas y hallándose la cabeza del fétus en la escavacion de la pélvis (que por su parte así como el estrecho inferior tienen las dimensiones normales) el parto no adelanta y á cada dolor se distiende el periné, pero no lo bastante para el paso de la cabeza. En estos casos, y cuando en las circunstancias indicadas la referida cabeza permanece en la escavacion de cuatro á cinco horas, se aconseja la aplicacion del forceps, pero cuidando de que un ayudante inteligente sostenga el periné, pues la madre está amenazada de agotamiento de fuerzas y el fétus de asfixia, siendo por lo tanto indispensable concluir cuanto ántes el parto. Este proceder tiene para mí el inconveniente de que por muchas precauciones que se tomen, el periné se rompe siempre en más ó ménos extension, y prefiero hacer como quiere Dubois dos incisiones postero-laterales en el periné con unas tijeras fuertes ó una posterior central como aconseja Pajot. De este modo, como he podido comprobarlo en más de un caso, el parto se termina instantáneamente y el periné no se desgarra.

b.—Lesiones en la vagina.—Preséntanse alguna vez tabiques membranosos á diversa altura de la vagina y más á ménos completos hasta el punto de obturarla. En otros casos hay adherencias ó bridas fibrosas entre las paredes de dicho conducto. Precisa, pues, entónces, hacer desaparecer ese obstáculo, lo cual se consigue esperando á que el parto se halle tan adelantado que la parte presentada ó la bolsa de las aguas empujen y distiendan la membrana, las adherencias ó las bridas, y entónces se introducen unos depresores por el orificio vaginal anterior, y bastará una pequeña incision en el primer caso, la seccion de las bridas en el último y una diseccion más ó ménos minuciosa en el segundo, para que el obstáculo desaparezca y el parto se termine sinó existia alguna otra dificultad. Tambien hay observaciones de mujeres en que la vulva estaba imperforada y la vagina se abria á mayor ó menor altura en el intestino recto. Este caso es mucho más comprometido y para que el parto pueda verificarse habrá que incindir el periné.

Se han mencionado vaginas dobles ó separadas en dos porciones por un tabique vertical más ó ménos completo, cuyo tabique ó bien se aplana sobre cualquiera de las paredes, distendiéndose y dejando franquear el conducto ó se arrolla ante la cabeza, y entónces hay que incindirlo. Cuando se trata de este tabique incompleto, puede ocurrir en una presentacion de la extremidad podálica que el fétus cabalgue sobre él saliendo cada uno de los pies por una de las divisiones de la vagina.

c.—Lesiones del útero.—Pueden consistir en vicios de conformacion, en cambios de su situacion y relaciones y en enfermedades.

Entre los vicios de conformacion mencionaré la imperforacion del cuello: entre los cambios en la situacion

y relaciones la hernia de la matriz, su prolapsus y sus oblicuidades; entre las afecciones la rigidez escesiva del cuello, el edema y la hipertrofia del hocico de tenca, el reumatismo uterino y los diversos tumores.

Dos palabras sobre cada una de estas lesiones.

La imperforacion del cuello uterino que convierte un parto en distócico, debe haber tenido lugar siempre en una fecha posterior á la del coito fecundante, pues de otra manera la fecundacion no ha podido verificarse á no ser que la obturacion del cuello fuese debida á una membrana delgada porosa y muy fácil para la endósmosis. Esa imperforacion es producida ó por una falsa membrana susceptible de dejarse desgarrar ó por una verdadera adherencia de los labios del cuello uterino. El doctor Mata cita el caso de una mujer que con el propósito de abortar se habia inyectado por la vagina ácido sulfúrico, con el único resultado de producirse una violentísima inflamacion, tras de la que sobrevino una adherencia fuertísima entre las paredes de la vagina y los labios del cuello de la matriz. Estas imperforaciones, cuando no se trata de casos como el que acabo de indicar, son producidas por un trabajo irritativo preexistente á la fecundacion que despues de esta ha encontrado circunstancias muy abonadas para su incremento.

Síntomas. El primer período del parto pasa sin novedad particular, pero continuando éste, el cuello no se dilata á pesar de la energía de las contracciones, aunque la matriz desciende en la escavacion y los dolores duran con bastante intensidad horas y áun dias enteros. El tacto hecho con precaucion permite reconocer la imperforacion uterina que el exámen especular comprueba luego.

Pronóstico. Es posible que esta lesion pase desconocida y los prolongados sufrimientos agoten las fuerzas

de la mujer y la predispongan á la eclampsia. Cuando se ha diagnosticado exige una operacion en pos de la cual pueden venir accidentes inflamatorios y áun la septicemia.

Tratamiento. Si se trata sólo de una membrana, puede desgarrarse con el dedo índice ó con un estilete real al que sirve de conductor el índice izquierdo. Si la obliteracion es completa hay que practicar la histerotomía vaginal que Depaul aconseja hacer, valiéndose de un bisturí largo, recto ó convexo, á cuya hoja se arrolla una cinta hasta cosa de un centímetro de su punta. Se introduce este instrumento á lo largo del índice izquierdo, que le sirve de conductor, y con él se hace la division de los tejidos en sentido trasversal. Mejor que esta práctica, por ménos expuesta á lesionar la vagina y más segura, es la de colocar á la mujer como para el reconocimiento especular, separar las paredes de la vagina con auxilio de los retractores sostenidos por dos ayudantes, y hacer la incision con el bisturí largo y de corte de poca longitud que se llama histerotomo. Una vez habiendo penetrado en el huevo puede terminarse el desbridamiento en los límites que se juzgue convenientes, con el mismo histerotomo ó con unas tijeras largas y rectas.

La hernia de la matriz puede verificarse ó por una relajacion de los anillos inguinal ó crural, y en estos casos casi siempre ha preexistido la hernia á la concepcion, ó á través de la línea alba. En *El Génio Médico-Quirúrgico* (periódico que se publica en Madrid bajo la inteligente direccion del Dr. Tejada y España), se publicó una observacion sumamente interesante de una mujer en que la matriz grávida se hernió completamente á través de la línea alba, exigiendo grandes cuidados y la contencion con una faja apropiada durante el embarazo, y la histerotomía abdominal en el momento del parto.

La conducta que debe observar el profesor en casos de este género, es la siguiente: si se tratase de una hernia inguinal ó crural de la matriz hay que proceder á la histerotomía. Ledesma (de Salamanca) practicó esta operacion en 1840 con feliz éxito para la madre y para la criatura, en un caso en que la hernia se habia hecho á través del anillo inguinal derecho en el tercer mes del sétimo embarazo de una mujer que desde antes de casarse padecia de un enterocele inguinal derecho: la matriz herniada no pudo reducirse ni áun despues del parto. Si se trata de una hernia por la línea alba, se obligará á guardar á la mujer desde que empiezan los dolores el decúbito supino, procurando verificar la reduccion por medio de presiones inteligentemente sostenidas sobre el tumor, y si esto no bastase, se apelará á la operacion cesárea que en estos casos tiene más condiciones de éxito que en los de estrecheces pélvicas.

Prolapsus del útero. Es otra causa de distocia que si bien de escasa importancia, cuando es muy poco graduado, lo es de inmensa cuando el prolapsus es de tercer grado, es decir, cuando el útero pende entre los muslos de la mujer. Entónces por una parte faltan en el parto las causas eficientes accesorias, por otra la matriz ha perdido en alto grado su contractilidad, y por último suele haber induraciones en el cuello uterino que impidan su dilatacion.

En presencia de esta complicacion grave, se debe hacer guardar cama á la mujer, evitar que haga esfuerzos que á nada conducen, y favorecer la dilatacion del cuello uterino con las fricciones belladonadas, las lociones emolientes y áun el desbridamiento. Despues de salir el fétus se debe hacer la extraccion de la placenta aunque con grandes precauciones, y procurar entónces verificar la re-

duccion de la matriz y si se consigue, mantenerla con un vendaje abdominal.

La oblicuidad de la matriz puede ser ó anterior ó posterior ó laterales, debiendo no echar en olvido que en el estado normal el útero se encuentra inclinado durante la gestacion algo hácia la derecha y adelante. La oblicuidad posterior es á menudo una causa poderosa de aborto, pues apénas terminado el tercer mes de embarazo y cuando la matriz debe subir á la cavidad abdominal, se encuentra detenida por el *promontorio* é imposibilitado así su crecimiento, se vé obligada á expulsar su contenido. Esta es la razon por la que estas oblicuidades no las encontraremos generalmenteen el parto. Veremos, sí, la oblicuidad anterior en la que dirigido el cuello uterino hácia el sácro, su dilatacion es difícil y cuando se verifica, son muy frecuentes las posiciones desviadas ó irregulares. Otro tanto ocurre con las oblicuidades laterales derecha (cuando es muy exagerada) é izquierda. En todos estos casos hay que prohibir terminantemente á la mujer que haga su parto en silla, y desde los primeros dolores se la colocará en la cama en decúbito dorsal si la oblicuidad es anterior, lateral izquierdo si es derecha, y lateral derecho si es izquierda: al mismo tiempo se procurará con presiones medianas pero sostenidas, reducir el útero á su situacion, para lo que convendrá á menudo combinar las presiones sobre el vientre con la introduccion del dedo índice derecho por la vagina, procurando enganchar con él ó con el índice y el medio el cuello de la matriz, á fin de traerlo hácia el centro de la escavacion.

Algunos autores y Velpeau y Cazeaux entre ellos, admiten la oblicuidad posterior de la matriz durante el parto, y aunque yo no comprenda cómo pueda la matriz salir al vientre en los casos en que existe esa oblicuidad

antes de la gestacion, ni mucho ménos permanecer en esa situacion durante los últimos meses, diré sin embargo, doblando mi cabeza ante esas autoridades, que en el caso en que se presente se colocará á la mujer para parir en la cama y apoyada sobre las rodillas y los codos, manera de restablecer á la matriz en su situacion normal.

La rigidez del cuello uterino por la que no entiendo su contraccion espasmódica, sino su inextensibilidad, suele observarse en las primíparas de edad muy avanzada y, como es fácil de concebir, no solo dificulta el parto, sino que puede constituir una predisposicion notable hasta á la rotura de la entraña. Es claro que en este caso no tendrán influencia alguna ni las fricciones con la belladona ó la atropina, ni los baños templados, ni la cloroformizacion, (como sucesivamente se han aconsejado á mi modo de ver por una falsa interpretacion de los hechos), sino que será preciso proceder al desbridamiento del cuello uterino hecho con un bisturí botonado de hoja muy corta, conducido sobre el dedo índice izquierdo.

El edema y la hipertrofia de los labios del orificio de la matriz tambien constituyen dificultades para el parto, disminuyendo por su grosor la cavidad de la pélvis y ocasionando por su compresion entre los huesos de esta y la cabeza del fétus, agudos dolores á la mujer. Se han visto casos en que á causa de esta compresion se ha desprendido y salido al exterior la porcion vaginal del cuello uterino.

El reumatismo uterino es una causa poderosa ó de retardo ó de imposibilidad en el parto. Esta afeccion, cuyas causas principales son las supresiones de traspiracion y la constitucion atmosférica, ataca con predileccion á las mujeres preñadas y en veintinueve observaciones recogidas por Gautier habia doce en el último mes. Con fre-

cuencia no es el útero el órgano solo atacado de reumatismo y puede existir bajo las dos formas febril y apiréctico. Cuando sobreviene ántes del término del embarazo puede originar el aborto.

Síntomas. El principal es un dolor agudo perfectamente distinguible por su sitio (que se circunscribe á una porcion del útero) y por su intensidad de los dolores del parto, pero que cuando aparece durante éste, aumenta considerablemente los sufrimientos que ocasiona hasta el punto de que la mujer no puede resistirlos, siendo presa de un estado de agitacion y de ansiedad indecible que puede serle de muy funestas consecuencias. No es extraño que coincidan con el reumatismo cólicos intestinales y tenesmo vexical.

Pronóstico. Es grave, pues, aparte de que retarda considerablemente el parto hasta el punto de que segun una estadística de Hoffmam su duracion media es en estos casos de treinta horas y media, origina á menudo una metritis que empieza áun antes de concluir el parto; expone despues de salir la placenta á una hemorragia de importancia por la falta de contraccion de la matriz, y hace muy dolorosos y persistentes los cólicos uterinos ó entuertos.

Tratamiento. He visto en estos casos muy buenos resultados de los baños generales templados de larga duracion; he administrado tambien, sin tener por qué arrepentirme, el hidrato de cloral, y no dudaria, en un caso rebelde, en apelar á la cloroformizacion.

De los *tumores* en el útero sólo diré que constituyen con frecuencia una causa de distocia, pero que la importancia de esta causa sólo puede deducirse de el sitio en que se encuentra el tumor, de su naturaleza, de sus dimensiones y de la facilidad que pueda existir en su extirpacion. Como

consejo general manifestaré, que siempre que no imposibiliten el parto vale más la no intervencion, pero en caso contrario hay que proceder ó á la extirpacion total ó parcial, ó al desbridamiento del cuello, ó á la aplicacion del forceps y áun en ciertos casos habrá que vacilar entre la operacion Cesárea y la embriotomía ó quizás tener que practicar la primera de estas dos operaciones como único recurso.

LECCION XXXIII.

Continúa el asunto anterior.—§ 2.° Lesiones de las partes blandas vecinas al conducto que ha de recorrer el fétus para su salida.—§ 3.° Lesiones de la pélvis.—Proporcion que debe existir entre los diámetros de la pélvis y los de la cabeza del fétus.—Pelvimetría.

§ II.

Lesiones de las partes blandas vecinas al conducto que debe recorrer el fétus.

Las principales lesiones de las partes vecinas al conducto vulvo-uterino que pueden oponer algun obstáculo al parto, son los cálculos urinarios, las hernias de las vísceras abdominales y los tumores desarrollados en los ovarios, en las trompas, en la vejiga, en el recto y en el tegido celular de la pélvis.

Los cálculos vexicales cuando tienen cierto volúmen, pueden dificultar el parto, no sólo disminuyendo el diámetro antero-posterior de la escavacion pélvica, interponiéndose entre la cabeza del fétus y la cara posterior de

la sínfisis de los púbis, sino por el dolor que su compresion (una vez colocada así) determina.

Diagnóstico. Si la mujer es de nuestra asistencia ya tendremos alguna noticia acerca de su enfermedad, pero en caso contrario, lo lento y doloroso del trabajo y el resultado del tacto vaginal que nos permitirá reconocer en la parte correspondiente á la vejiga un cuerpo duro cuya presion será dolorosa, nos pondrá en vías de hacer más directas investigaciones y de proceder al cateterismo uretral que nos dará el signo evidente de la existencia del cálculo.

Pronóstico. Debe hacerse con mucha reserva, pues en la mayoría de casos exigirá la operacion de la talla véxico-vaginal y áun cuando la gravedad de ésta no es excesiva, las circunstancias en que se practica la operacion se la infunden. El fétus tambien peligra por la prolongacion del trabajo del parto.

Tratamiento. Si la mujer está bien conformada y el cálculo no es muy grande, podremos mantenernos en la espectacion hasta que la excesiva duracion del trabajo nos haga temer por la vida del fétus y por la salud de la madre. Entónces ó cuando falten las condiciones indicadas, se procederá á la litotomía véxico-vaginal, sin que halla cosa que se oponga á cloroformizar á la parturiente.

Las hernias de las vísceras abdominales son, como es sabido, inguinales, crurales, umbilicales, de la línea alba, de las paredes abdominales y perineales. En todas ellas hay que tener presente que los esfuerzos que exije el parto favorecen notablemente su extrangulacion, y para evitarla hay que aconsejar á la mujer que modere dichos esfuerzos, y mantener la reduccion con un vendaje apropiado ó con las manos de un ayudante. Este será el encargado de contener la hernia si fuera irreductible. Si á pesar de

todo sobreviene la extrangulacion, es preciso apresurar la terminacion del parto por la version ó con el forceps, para ocuparnos acto contínuo de remediar tan grave accidente.

Los tumores de los ovarios, de las trompas, de la superficie exterior del útero, de la vejiga, del recto y del tegido celular de la pélvis, pueden dificultar y áun impedir la salida del fétus. Si dichos tumores fueran líquidos y accesibles á la punta del trocart, éste seria el encargado de vaciar su contenido y de facilitar el parto; pero si son sólidos ó su evacuacion es imposible, entónces hay que decidirse entre la operacion Cesárea y la embriotomía, pesando las razones que expondré más adelante. Aludo á el caso en que esos tumores impiden por su volúmen y situacion el parto y no haya podido hacerse el parto anticipado. Si el tumor no fuera muy considerable, puede bastarse á sí sola la naturaleza ó exigir cuando más la aplicacion del forceps.

§ III.

Lesiones de la pélvis.

La pélvis, que ya quedó descrita tanto en su estado normal como en sus vicios de conformacion, puede en razon de estos y de ciertas lesiones sobrevenidas en los huesos que la forman, ser una poderosa causa de distocia.

Para comprender mejor este punto, recordaré la extension de los diámetros de la pélvis en el estado normal é indicaré la de los de el fétus que deben ponerse en relacion con aquellos.

Estrecho superior de la pélvis normal.

Extension del diámetro antero-posterior 4 ¾ pulgadas á 5 (0,m11 á 0,m116).

Idem del trasversal, 6 pulgadas escasas (0,m135).

Idem de los oblícuos, 5 pulgadas y 3 líneas (0,m122).

Escavacion de la pélvis.

Extension del diámetro antero-posterior, de 5 pulgadas y 2 líneas á 5 y 10 líneas (0,m12 á 0,m135.)

Idem del trasversal, 5 pulgadas y 2 líneas (0,m12).

Idem de los oblícuos, 5 pulgadas y 2 líneas (0,m12).

Estrecho inferior.

Extension del diámetro antero-posterior, 5 pulgadas escasas (0,m11) y por la retraccion del cóccix 5 pulgadas y 2 líneas (0,m12).

Idem del trasversal, 5 pulgadas escasas (0,m11).

Idem de los oblícuos, 5 pulgadas escasas (0,m11) pudiendo ganar 5 líneas ó un centímetro.

Cabeza del fétus.

Extension del diámetro occípito-frontal, 5 pulgadas (0,m116).

Idem del sub-occípito-bregmático, 4 pulgadas largas (0,m095).

Idem del mento-frontal, 3 pulgadas y 5 líneas (0,m08).

Idem del mento-occipital, 6 pulgadas ménos dos líneas (0,m135).

Idem del sub-occípito-bregmático, 4 pulgadas largas (0,m095).

Id. del tráqueo-bregmático, 4 pulgadas (0,m 09).

Id. del bi-parietal, 4 pulgadas (0,m 09 á 0,m 095).

Id. del bi-temporal, 3 pulgadas y media (0,m 08).

Tronco del fétus.

Los diámetros más importantes son:

El occipito-coccígeo que mide 13 pulgadas (0,m 302).

El bi-acromial, 4 ½ pulgadas (0,m 105) fáciles de reducir á 3½.

El bi-iliáco, 4 pulgadas (5,m070).

La mayor extension antero-posterior del torax, 4 ½ pulgadas (0,m105) reductible en más de una quinta parte.

En las diversas posiciones de la extremidad cefálica ó en las de la podálica, los diámetros bi-acromial y bi-iliáco se ponen en relacion primero con uno de los oblícuos de la pélvis y más tarde se hacen casi paralelos al cocci-púbico, desprendiéndose generalmente primero el hombro ó la nalga que mira hácia el plano posterior de la madre.

Y respecto á la cabeza, si la presentacion es de vértice y la posicion oblícua, el diámetro que se relaciona con uno de los oblícuos del estrecho superior de la pélvis es el occípito-bregmático, pero al llegar al estrecho inferior es el diámetro occípito-frontal del fétus el que se adapta al cocci-púbico.

En la presentacion de cara, el encajamiento se hace por el diámetro mento-bregmático y para que pueda terminarse expontáneamente el parto, es preciso que el menton sea el primero que se desprenda bajo el árcade púbico á fin de que los diámetros de la cabeza que se pongan en relacion con el cocci-púbico sean el tráqueo-bregmático y el tráqueo-occipital y no el mento-occipital, ó que el menton en los casos en que falte la rotacion en la primera posicion, se aloje en la escotadura ciática mayor, deteniéndose entónces aquí y convirtiéndose la presentacion de cara en de vértice.

Cuando es la extremidad podálica la que se presenta, las relaciones de la cabeza con la pélvis de la madre son por el diámetro sub-occípito-bregmático y áun en el caso en que en vez de permanecer la cabeza en flexion se ex-

tienda, puede quedarse el menton enganchado por cima de los púbis y el desprendimiento se hace en el sentido del diámetro tráqueo-occipital.

Con estos datos comprendemos como siempre que el diámetro más pequeño de la pélvis (suponiéndola bien y proporcionalmente conformada) tenga 4 pulgadas largas ó 9 ½ centímetros de extension, el parto es posible con más ó ménos dificultades, pero en cuanto ese diámetro va aproximándose á 3 pulgadas y 8 líneas ó 8½ centímetros y con mucha mayor razon por bajo de ellos, el paso de la cabeza es de ordinario imposible, expontánea y naturalmente al ménos.

Halmagrand esperaba mucho de la infiltracion y separacion subsiguientes de las sínfisis de la pélvis para ampliar la cavidad de ésta y permitir la salida del fétus en ciertos casos de estrechez, y en efecto; si esta separacion fuera constante, y pudiese ser algun tanto considerable, teniendo presente que á cada 5 líneas (0,^{m} 01) de separacion de las sínfisis corresponde próximamente una línea (0,^{m} 002) de ampliacion de los diámetros de los estrechos y de la escavacion, algo deberíamos esperar en los casos de una desproporcion no muy considerable entre los diámetros de la pélvis y los de la cabeza, y con tanto más motivo cuanto que estos pueden áun sufrir una disminucion de 2 líneas (0,^{m} 004) por el cabalgamiento de los huesos en las suturas (fenómeno debido á la compresion que sufre la cabeza del fétus): pero en primer lugar, esa relajacion de las sínfisis de que tanto espera Halmagrad es un fenómeno no muy comun y en segundo, cuando se verifica (lo cual es indudable aunque lo nieguen eminentes tocólogos y testigo de ello es la claudicacion que queda á algunas mujeres despues del parto á causa de la relajacion de que tratamos) nunca llega á ser muy considerable, pasando apénas de 4 líneas (0,^{m} 008) en la sínfisis

púbica y no llegando á 2 (0,^{m} 004) en las sácro-ilíacas.

Poco debemos, pues, esperar de esa relajacion con especialidad si la mujer está bien constituida y es primípara; y si siempre en estos casos nos está permitida una prudente espectacion para ver si la naturaleza se basta á terminar el parto sin auxilio alguno, dicha espectacion debe ser sustituida por una activa intervencion en cuanto nos convenzamos de que con aquella solo obtendremos la triste contemplacion de la muerte de dos seres cuyas vidas somos los llamados á conservar.

Al hablar de las operaciones tocológicas indicaré la manera de prestar esa intervencion en los casos de estrecheces pélvicas.

Pero no es solo por su estrechez por lo que la pélvis puede oponerse á el parto, sino que á menudo tambien tiene inconvenientes su excesiva amplitud, como se verá en seguida por las breves consideraciones que dedicaré á una y á otra de estas lesiones.

Para hacernos cargo de la capacidad de la pélvis, hay que tener en cuenta el conmemorativo, que ya desde luego puede hacernos sospechar un raquitismo en la primera infancia ó una osteo-málacia en fecha muy posterior. En cuanto á las mujeres raquíticas hay que recordar que segun todos los datos que posee la ciencia, las dimensiones de la pélvis están en relacion con las alteraciones que puedan existir en los huesos de las extremidades y con especialidad de las inferiores. Si esos se encuentran bien conformados y en su direccion normal, es más que probable que la pélvis tenga sus dimensiones ordinarias, ó poco ménos; pero si se hallan deformes ó encorvados, hay que suponer una estrechez pélvica que, si fueran exactos é invariables los datos recogidos por Guerin, estaria en una proporcion intermedia á el grado de la re-

duccion de las dimensiones del húmero y del fémur. Una luxacion antigua é irreductible del fémur puede tambien ser causa de la disminucion de uno de los diámetros oblícuos de la escavacion y áun del estrecho superior.

Además de este conmemorativo y de esta inspeccion de la mujer, que nos suministran tan valiosos datos, debemos proceder á la mensuracion de la pélvis ó *pelvimetría*.

La pelvimetría se ha dividido en externa é interna y esta última en manual é instrumental. Para la pelvimetría externa se recurre al compás de Baudelocque que se compone de dos vástagos metálicos rectos unidos por una charnela y que á cierta extension de ella se encorvan de modo á formar entre los dos un círculo completo, terminando cada extremidad en un boton. En el punto en que los vástagos rectos áun no se han encorvado, se halla una regla metálica tambien y graduada, la cual parte de uno de los vástagos en el que se fija (y en cuyo punto está el cero) y atraviesa el espesor del otro que puede deslizarse á lo largo de ella.

Para la pelvimetría interna manual sirve el dedo índice de la mano derecha y para la instrumental se han inventado multitud de instrumentos de los que el que se emplea generalmente en la actualidad por su fácil uso y por suministrar datos muy exactos, es el de Van-Huelven, principalmente desde que introdujo en él ciertas modificaciones.

El pelvímetro de Van-Huelven, tal como lo describió en Febrero de 1855, se compone de dos vástagos metálicos unidos entre sí, como diré más abajo, el uno de una longitud determinada (11 pulgadas ó 0,^{m} 255), el otro que puede acortarse ó prolongarse á voluntad. El primero que es la rama fija y está destinado á penetrar en la vagina en la medicion interna, está ligeramente encorvado y

aplanado en forma de cuchara hácia su extremidad libre, y tiene un anillo á la mitad de su extension, y algo más cerca de su extremidad articulada un arco de círculo sin graduar que pasa al lado derecho de la otra rama á la que se puede fijar en el punto correspondiente. Esta rama se articula con otra corta que presenta una corredera hácia su parte externa por cuya corredera se puede deslizar el otro vástago, ó sea la rama móvil, acortándose así ó prolongándose y pudiendo ser fijada á la altura que se desee. La rama móvil es más larga que la fija, encorvándose cerca de su extremidad libre hasta formar allí casi una semi-circunferencia, cuya concavidad mira á la ligera de la otra rama, y en esa extremidad libre está horadada por una tuerca en la que entra un largo tornillo horizontal, botonado en ambas extremidades.

Indiquemos ahora la manera de practicar la medicion de la pélvis.

Si se usa el compás de Baudelocque, una vez situada la mujer en su cama en decúbito lateral y cubierta con su camisa, se coloca, si se trata de medir el diámetro antero-posterior del estrecho superior, uno de los botones sobre la apófisis espinosa de la primera falsa vértebra del sácro, y el otro sobre el centro de la sínfisis de los púbis, debiendo descontarse de la extension que señale la regla que he dicho tiene este instrumento, 2 ½ pulgs. (0,^{m} 058) para el grosor de la base del sácro y 6 líneas (0,^{m} 012) para el de la articulacion púbica. Para medir el diámetro oblícuo se coloca un boton sobre la piel que cubre la parte más saliente de la articulacion sacro-coxal de un lado y el otro sobre la del trocanter mayor del lado opuesto y se descuenta de la extension que marque la regla 2 3|4 pulgadas (0,^{m} 064) por el expesor del trocanter del cuello del fémur y de la cavidad cotyloidea y 1 3|4 pulga-

das (0,m 041) por el grueso de la sínfisis sácro-ilíaca. Tambien se pueden hacer con este instrumento otras muchas mediciones, como por ejemplo la de la distancia que separa una espina ilíaca anterior ó posterior (sean las superiores ó las inferiores) de las homónimas del lado opuesto, la que existe entre las dos tuberosidades ciáticas, etcétera, etc., pero en todas ellas es imposible llegar á la exactitud, primero por lo difícil que es precisar el punto de la aplicacion de los botones y segundo porque cuando hay que rebajar de una medida dada el grosor de ciertos huesos, hay mucha incertidumbre porque este grosor y máxime en huesos alterados por la raquitis ó la osteo-malacia, no se puede precisar.

Por esto es por lo que hoy sólo se usa el compás de Baudelocque en los casos en que es imposible hacer la intro-pelvimetría ó cuando no se exijen medidas muy exactas.

Dije ántes que el dedo se usaba como intro-pelvímetro, y en efecto, introducido el índice en la vagina en direccion del ángulo sacro-vertebral, no lo alcanza ni con mucho en los casos normales y en el caso en que llegue á él con el pulpejo, se levanta la mano á fin de que la otra extremidad del dedo toque la parte inferior de la sínfisis púbica y señalando con la otra mano el sitio de este contacto se lleva el dedo sobre una medida, á fin de ver la extension que existe entre el ángulo sacro-vertebral y la parte inferior de la sínfisis púbica, y deduciendo 5 líneas ó un centímetro, se tiene la medida del diámetro antero-posterior del estrecho superior. De una manera análoga se puede medir el diámetro cocci-púbico aunque aquí sin hacer descuento alguno. Esta medicion, si bien no exacta ni completa, puede bastar en ciertos casos.

El medio mejor que se conoce hoy es la medicion con

el intro-pelvímetro de Van-Huelven que tambien puede usarse exteriormente del mismo modo que se ha dicho para el compás de Baudelocque.

Medicion del diámetro antero-posterior del estrecho superior con el pelvímetro de Van-Huelven. Se introduce el índice izquierdo en la vagina en direccion hácia el promontorio (hácia arriba y atrás) y desdoblando el compás se introduce la rama inmóvil, cogida con la mano derecha, á lo largo del índice izquierdo hasta que llegue al ángulo sacro-vertebral, en cuya situacion lo sujeta este enganchando el profesor al mismo tiempo el dedo pulgar de esta mano izquierda en el anillo que dije tenia esta rama. Hecho esto, se coje con la mano derecha la rama móvil, haciéndola deslizar en la corredera lo suficiente á que se coloque el boton del tornillo de su extremidad libre en el punto que exteriormente corresponde á la extremidad anterior del diámetro que se busca, y se fija á esta altura, apretando ó aflojando luego el tornillo indicado hasta que el repetido boton comprima lijeramente la piel. Se fija el instrumento en esta situacion y se quita, tomando nota en una medida de la extension comprendida entre el boton y la extremidad de la rama inmóvil. Se afloja de nuevo el instrumento y de una manera análoga se coloca y sujeta la rama interna contra la cara posterior de la sínfisis púbica y el boton en el punto de la piel dicho antes, se fija el instrumento y sobre la regla se mide la extension del grueso de la sínfisis y del monte de Vénus cuya extension que hay que rebajar á la anteriormente anotada, y el resíduo es la medida que se buscaba.

Diámetro trasversal del mismo estrecho superior. Se coloca la rama vaginal en el centro de la parte derecha del márgen superior de la pélvis y la rama externa sobre el trocánter izquierdo, anotando la extension obtenida. Se

desarma el instrumento y se lo vuelve á poner de modo que la rama fija se sujete en el centro de la parte izquierda del márgen dicho y la rama movible sobre el trocánter del mismo lado y descontando esta extension de la anteriormente obtenida, se halla la dimension que se buscaba.

Diámetros oblícuos del estrecho superior. Suponiendo que se trate del izquierdo, se fija la rama vajinal á la derecha del promontorio y la externa en el punto correspondiente á la eminencia íleo-pectínea izquierda. Se toma luego la distancia que hay entre esta y la parte correspondiente del márgen pélvico y se rebaja de la otra. Por idéntico modo se mide el diámetro oblícuo derecho.

Respecto á los diámetros de la escavacion, se averiguan como los del estrecho superior, cuidando tan solo de colocar tanto la rama externa como la interna en puntos intermedios á los correspondientes á ambos estrechos.

Cazeaux aconseja practicar estas mediciones hallándose acostada la mujer sobre la camilla de reconocimientos ú otra de disposicion análoga, y marcar con tinta sobre la piel los puntos en que debe ponerse el boton del tornillo de la rama movible del compás.

Pélvis oblícua. Segun Danyan, la menor diferencia que revela la medicion entre la distancia que separa la tuberosidad ciática de un lado de la espina ilíaca del otro es de 13 líneas ó 2 ½ centímetros, pudiendo llegar á 26 líneas ó 5 centímetros, en lo que se ha llamado pélvis oblícua oval de Naegele, al paso que esa diferencia apenas llega alguna rara vez á 5 líneas ó 11 milímetros en la pélvis normal.

LECCION XXXIV.

Continúa el § 3.°—a. Excesiva amplitud de la pélvis.—b. Estrechez total, estrecheces parciales y deformidades de la pélvis ó sea vicios de conformacion.—c. Tumores de la pélvis.

a.—*Excesiva amplitud de la pélvis.*

No es tan favorable como á primera vista parece, sino que constituye una fuente copiosa de riesgos para la mujer. Desde luego y en el estado de vacuidad es una predisposicion poderosa para las dislocaciones de la matriz, y en cuanto la concepcion se ha verificado, los peligros aumentan. Si la amplitud es total, la matriz ya algun tanto relajada, permanece en la escavacion más allá del tercer mes originando presiones en la vejiga, en el recto, en los vasos pélvicos y áun en los de las extremidades inferiores que producen respectivamente disuria, estranguria, tenesmo rectal, hemorroides, varices y edema en las extremidades, etc., y cuando llega el parto, este se verifica con suma rapidez á poco que le auxilie alguna irritabilidad del útero, y sobreviene el desprendimiento prematuro de la placenta y la hemorragia que le es inherente, la rotura del cordon umbilical, el prolapsus ó la inversion uterina, la rotura del periné, síncopes muy sérios á veces, etc., aparte del riesgo que corre el fétus al caer, con violencia tal vez, fuera de la cama ó sobre un objeto duro.

Una vez reconocida esta lesion, hay que obligar á la mujer á permanecer en posicion horizontal desde que co-

mienzan los dolores y á no hacer esfuerzos hasta que sea completa la dilatacion del cuello uterino, y el profesor por su parte no debe abandonarla ni un momento y estar pronto á sostener el periné y á recibir la criatura. Si esta excesiva amplitud coexistiese con una irritabilidad considerable de la matriz, seria muy conveniente prescribir unas enemas con 16 á 20 gotas de láudano.

Si esta amplitud existiera sólo en la escavacion, será muy frecuente tener que usar del forceps para la terminacion del trabajo, cuyo último período se retardará en la mayoria de casos.

Además de esta excesiva amplitud de la pélvis que podemos llamar absoluta y dividirla en total y general, hay otra que se puede decir relativa y consiste en la desproporcion que existe á veces entre una pélvis normal y un fétus débil y poco desarrollado ó muy pequeño. Este caso se halla completamente incluido en el anterior.

b.—*Estrecheces y deformidades de la pélvis.*

La estrechez total de la pélvis puede ser, como la amplitud, absoluta, cuando todos sus diámetros tienen menor extension de la que les corresponde, y relativa cuando, teniendo estos las dimensiones normales, son excesivamente exajeradas las de la cabeza del fétus, ya por su extraordinario desarrollo ó ya (que es lo más frecuente) por enfermedades.

He hablado en otro lugar de la proporcion que debe existir entre los diámetros del fétus y los de la pélvis para que el parto sea posible sin la intervencion del arte; ahora bien, en los casos en que no existe esta proporcion hay que apelar á distintas operaciones.

Una pélvis, cuyo menor diámetro sea de 4 pulgadas

á 3 ¾, (0,m 093 á 0,m 085) exige la aplicacion del forceps despues que una espera de dos ó tres horas, contadas desde la rotura espontánea de la bolsa de las aguas, nos demuestra que no verifica la naturaleza la reduccion de la cabeza del fétus que algunas veces se observa.

Si la estrechez llega desde 3½ á 2½ pulgadas (0,m082 á 0,m058) hay, que recurrir á la sinfisiotomía (que será descrita bien pronto) por la que se obtiene una ampliacion de 5 líneas en los diámetros y si se hace la doble pubiotomía, dicha ampliacion podrá ser llevada á 10 líneas, aunque estas ampliaciones exageradas nunca se obtienen sin grave riesgo. En una estrechez mayor hay que elegir entre la craneotomía y la operacion Cesárea. Pero llega un momento en que toda duda desaparece y es cuando la estrechez es menor de 2 pulgadas, pues entónces no se puede introducir el cefalotribo y en este caso sean cuáles fueren nuestras ideas acerca de la operacion Cesárea y por más lúgubre que sea la estadística que de ella tengamos y áun en el caso tristísimo de que haya una evidencia absoluta de la muerte del fétus, hay que proceder á la gastro-histerotomía, pues el parto por las vías naturales es completamente imposible.

En estas estrecheces se incluyen no sólo las totales, sino las parciales, es decir, aquellas en las que uno sólo ó varios diámetros son los disminuidos, manteniéndose los otros con sus dimensiones normales. Por esto es por lo que al tratar de estrecheces me fijo únicamente en el diámetro menor, haciendo caso omiso de si los otros siguen ó no las proporciones de éste. A estas estrecheces se refieren tambien las que consisten en tumores de las partes blandas ó duras, imposibles de ser modificados durante el parto, sin excluir por supuesto los exóstosis y periostosis, los encondromas, osteomas, callos deformes, etc., etc.

Entre las estrecheces pélvicas merecen algunas indicaciones la llamada pélvis oblícua oval de Nœgele, de cuyo diagnóstico hablé al tratar de la pelvimetría. En ésta, de la que encontré y preparé dos piezas anatómicas miéntras fuí ayudante-disector de esta facultad de medicina, la mitad de la pélvis queda intacta y áun en ocasiones ampliada, al paso que el aplanamiento de un inominado hace sufrir una estrechez muy considerable á la otra mitad. En estos casos, si el fétus viene siguiendo la direccion de los diámetros normales, el parto espontáneo, si bien largo y difícil, es posible, aunque no siempre; pero en circunstancias distintas hay que apelar, segun el grado de la estrechez, al forceps ó á la doble pubiotomía, ó decidir entre la craneotomía y la operacion Cesárea.

Reasumiendo tendremos:

1.° Que en una estrechez de 4 pulgadas ménos ¼ (0,^{m}09) en el menor diámetro, el parto es posible, ya espontáneamente, ya aplicando el forceps si la presentacion es de vértice, ya haciendo la version cefálica y valiéndonos luego del forceps si la presentacion es de cara, ya cuidando de no desdoblar la cabeza y favoreciendo su salida con las manos ó el instrumento indicado, si la presentacion es de la extremidad inferior del óvalo fetal, ó ya, por último, haciendo la version podálica y comportándonos luego como en la presentacion de piés, si la de que se trata es de tronco.

En todos estos casos, á escepcion del último, debemos mantenernos en la espectacion todo el tiempo que lo permita la salud de la madre y la vida del fétus.

2.° Cuando el diámetro menor de la pélvis está entre 2 ½ á 3 ½ pulgadas (0,^{m}058 á 0,^{m}082), todavia se puede esperar como en los casos anteriores y áun intentar los mismos medios, pero si estos faltan hay que de-

cidir entre la doble pubiotomía y la cefalotrisia.

3.° En estrecheces de 2 pulgadas (0,m046) hay que apelar ó á la craneotomía ó á la operacion Cesárea, pues la pubiotomía no ofrece condiciones de éxito.

4.° Si la estrechez es menor de 2 pulgadas, ya desaparece toda duda: es indispensable extraer el fétus muerto ó vivo por la gastro-histerotomía. Cazeaux aconseja en estos casos tan desesperados vaciar la cabeza del fétus é intentar todas las tracciones compatibles con la vida de la madre, valiéndose de cuantos forceps, saca-cabezas ó cefalotribos nos parezcan convenientes y si nada se consigue hacer la destroncacion y abandonar en la matriz la cabeza, á fin de que por su putrefaccion se disminuya más su volúmen y sea posible su salida expontánea. Escuso decir los gravísimos riesgos á que expone semejante práctica, escusable solo en quien ejerce en una capital como Paris, en la que desde hace unos cincuenta años cuantas operaciones cesáreas se han hecho han sido fatales para las mujeres que las sufrieron. Por mi parte no dudo en aconsejar que siempre que el parto sea imposible ó se le crea tal por las vías naturales, se debe proceder á la operacion Cesárea antes que el fétus sucumba, y que el agotamiento de fuerzas, las escesivas pérdidas nerviosas y áun sanguíneas que experimente la mujer, la constituyan en circunstancias sumamente desfavorables para la operacion, cuya indicacion entónces habrá desaparecido, pues es preciso recordar dos de las indicaciones generales de toda operacion, que se tiene mucho cuidado de consignar en todos los tratados de cirujía: una de ellas es que las operaciones deben ejecutarse en el momento en que no hay otro recurso á que apelar; y la otra que se desistirá de ellas siempre que conduzcan irremisiblemente al mismo resultado que la enfermedad abandonada á sí misma.

Cuando se intenta la operacion Cesárea en un caso en que el fétus está muerto y la madre poco ménos, lo lógico es que solo se consiga con ella abreviar los instantes de ésta y entónces no es culpa de la operacion el resultado, sino del profesor que tan fuera de oportunidad la practicó.

PÉLVIS ESPINOSA.—En la página 34, y á propósito de las anomalías de la pélvis, mencioné lo que los parteros conocen con el nombre de *pélvis espinosa*, lesion que Virchow coloca entre los exóstosis tendinosos, por más que generalmente su punto de partida es en el sitio en que la escavacion corresponde al punto en que se reunen en la primera edad y se confunden más tarde las tres porciones que constituyen el hueso inominado, y que por esta razon pudiera incluirse entre los ecchondrosis. Tambien se han visto estas prolongaciones óseas ó espinas en la cara interna ó posterior del púbis, y Danyan cita un caso en que existia una por delante del sacro y habia producido una depresion considerable del parietal del fétus.

Esta afeccion, conocida de antiguo con el nombre de exóstosis y dividido en epifisario y parenquimatoso, segun que se presentaba bajo la forma de una apéndice perfectamente separada del hueso por una estrechez considerable ó confundido completamente con él, puede existir bajo una ú otra forma, ó mejor dicho, un exóstosis ó una espina de la pélvis puede ser sucesivamente parenquimatoso y luego epifisario; así es que no es posible fijar en este carácter distincion alguna.

Estos tumores tienen en su superficie una capa cortical compacta, siendo su interior espongioso y conteniendo este grandes cavidades medulares que comunican con el tejido espongioso del hueso inominado.

Causas. Entre las de la pélvis espinosa se cuenta en primer lugar la *predisposicion,* ó sea aquella conformacion congénita especial de los huesos, que consiste en una debilidad ó imperfeccion de su tejido, ya debida á una nutricion defectuosa, ya á una actividad escesiva, y que da por resultado que las causas que en otros individuos no tendrian accion alguna, en estos determinen la produccion de un exóstosis. Estas otras causas á que se alude, son el reumatismo, la gota, la sífilis, el raquitismo. Tambien las causas traumáticas son capaces de producir esta afeccion, cuyo punto de partida suele ser algunas veces una herida del hueso, una fractura bien ó mal consolidada, etc.

Síntomas. Sólo el reconocimiento vaginal puede hacernos sospechar y conocer esta afeccion que, como fácilmente se comprende, es capaz de producir heridas de la vagina y de la matriz y ser un obstáculo para el parto, á poco desarrollada que se encuentre.

Pronóstico. Es grave cuando los exóstosis son voluminosos, pues entónces si son puntiagudos ocasionan las roturas á que me refiero y si redondeados estrechan los diámetros de la pélvis y con especialidad los oblícuos de la escavacion. Si son pequeños pueden hasta pasar desapercibidos.

Tratamiento. Si siendo redondeados los exóstosis ocasionan estrecheces, el tratamiento es el de estas en general. En casos muy raros podrán exigir la doble pubiotomía y en alguno muy extraordinario la disminucion del volúmen fetal por medio de la craneotomía ó de la cefalotricia. Si los exóstosis determinan roturas de la matriz ó de la vagina, el tratamiento es el que he indicado al hablar de estas.

c.—*Tumores de la pélvis.*

Pueden ser duros ó blandos y movibles ó no. En el caso en que tengan cierta movilidad no seria extraño que permitiesen, dislocándose, la salida del fétus. Si son duros é inmóviles, el caso queda reducido á uno de estrechez pélvica, bien sea parcial ó total, y no presenta indicaciones particulares, aunque el pronóstico es algo ménos grave que en aquellos casos, por la posibilidad de que con la compresion que sufren por la cabeza del fétus se depriman algo, en el supuesto que no se trate de osteomas, encondromas ú otros tumores de dureza análoga. El tumor que se opone al parto puede ser tambien un quiste y entónces con frecuencia será accesible por la vagina y susceptible de vaciarse su contenido por medio de la puncion con un trocar, sin perjuicio de apelar á un tratamiento más radical, una vez pasado el puerperio.

LECCION XXXV.

Continúa el asunto anterior.—Operaciones cruentas que se practican sobre la madre con objeto de dar salida al fétus en los casos de estrecheces de la pélvis.—Sinfisiotomía.—Doble pubiotomía.—Operacion Cesárea.

Más de una vez he hablado en el trascurso de esta obra, y con especialidad en la leccion anterior, de las operaciones de que ahora voy á ocuparme, y de tal modo, que la mayoría de las indicaciones se encuentran ya espresadas.

Cuando á causa de una estrechez absoluta ó relativa de la pélvis, la salida del fétus de la matriz es imposible, el arte se encarga de facilitarla, bien ensanchando la pélvis, bien procurando al fétus una abertura artificial, ó bien operando sobre el mismo fétus, disminuyendo su volúmen. Pero como esta disminucion del volúmen del fétus no puede tener lugar sino sacrificándolo, de aquí que la primera cuestion que se presenta en los casos de estrechez pélvica, es decidir sobre quien debe operarse si sobre la madre ó sobre el hijo.

Para simplificar la cuestion, debo desde luego descartarme de aquellos casos en que el diámetro menor de la pélvis tiene próximamente pulgada y media (0,^{m}035), pues en una estrechez semejante no es posible la craneotomía, ni la cefalotricia, porque ni la aplicacion de los instrumentos necesarios puede hacerse y ni áun despues de una ú otra, el parto puede verificarse. Hay que operar, pues, en estos casos sobre la madre hállese el fétus vivo ó muerto.

Cuando el más pequeño diámetro de la pélvis tiene dos pulgadas (0,^{m} 046) ó más, entónces queda que distinguir el caso en que el fétus se halle vivo de aquel en que esté muerto, pues en este último tampoco puede existir la duda, no debiendo importar lo más mínimo su mutilacion; pero en el primero qué debemos hacer? ¿Procederemos desde luego á operar sobre la madre ante la idea de salvar á su hijo, ó inmolaremos desde luego á este en aras de la salud de su madre?

Si las operaciones que se ejecutan sobre el fétus fuesen completamente inocentes para la mujer, la resolucion de estas cuestiones seria mucho más fácil, teniendo en cuenta lo precario de la existencia de un reciennacido, máxime siendo hijo de una mujer raquítica ó enferma; pero la craneotomía, la cefalotricia y la embriotomía tambien suelen costar la vida á las mujeres y las probabilidades de buen éxito para estas se encuentran en razon directa de la amplitud de la pélvis é inversa de las dilaciones que se hayan empleado. Disminuye pues la duda del profesor mientras más considerable sea la estrechez, es decir, mientras más próxima á las dos pulgadas, estension que apénas basta para la aplicacion del cefalotribo ó del craneotomo, y auméntase aquella á medida que el diámetro más ancho se acerca á las tres pulgadas (0,^{m}070), y esto con tanta más razon cuanto que á las tres pulgadas podremos apelar á la sinfisiotomía, ménos peligrosa que la operacion Cesárea, la cual será la que tendremos que hacer en los otros casos.

No es la índole de esta obra para entrar en largas consideraciones del órden moral que son á las que hay que recurrir para decidir esta cuestion, así es que prescindiendo de ellas, formularé clara y precisamente mis opiniones ó sea las indicaciones que yo considero á cada una

de las operaciones que he nombrado, en lo referente á las estrecheces de la pélvis.

1.° Cuando la estrechez pélvica es menor de 2 pulgadas se recurrirá á la operacion Cesárea hállese el fétus vivo ó muerto.

2.° En estrecheces de más de dos pulgadas (0,^{m}046) se practicará la operacion Cesárea si el fétus está vivo, la craneotomía ó la cefalotricia, si muerto.

3.° Desde 2 ½ pulgadas á 3 ½ (de 0,^{m} 058 á 0,^{m} 82) se hará la sinfisiotomía despues de esperar cuatro ó seis horas desde la rotura de la bolsa de las aguas, pues en estos casos se ha visto terminarse el parto por los solos esfuerzos de la naturaleza.

4.° A las 4 pulgadas (0,^{m} 093) se renunciará de una manera absoluta á toda operacion cruenta á no ser que se trate de lo que se ha llamado enclavamiento de la cabeza y que ni sea posible practicar la version ni se haya conseguido cosa alguna con el forceps. En este caso habrá que proceder á la sinfisiotomía ó á la craneotomía, segun que el fétus se encuentre ó no con vida.

5.° Cuando se crea precisa la indicacion de operar sobre el fétus, jamás se tendrá la mojigatería de aguardar á que muera, pues todo el tiempo que se tarde en hacer la operacion es quitarle probabilidades de éxito para la madre.

6.° Siempre que se trate de hacer la sinfisiotomía, se preferirá el proceder de Católica (de Nápoles), ó sea la pubiotomía simple ó doble.

Pasemos ahora á la descripcion de las operaciones aludidas.

Simphisiotomía y pubiotomía.

La simphisiotomía fué propuesta por Sigault siendo alumno en 1768, á la Academia de cirujía de Paris, desechada unánimemente por esta corporacion y practicada luego por su inventor en 1777 en la mujer llamada Souchot, con feliz resultado para la madre y para la criatura, pudiendo la primera salir á la calle á los quince dias de operada. La época más remota en que se hizo esta operacion en España fué en 1.° de Abril de 1779, por D. Juan de Luyar, en Logroño, á Rosa de San Roman, no tardando en imitarle D. Francisco Canibell, cirujano de este colegio de Cádiz, el cual en Noviembre de 1780 la practicó en Utrera á María de Avila, siendo seguidas ambas operaciones de un éxito feliz para la madre y para el hijo (1), y en la última adoptó Canibell la modificacion operatoria de que hablaré luego.

Para hacerla se coloca á la parturiente en una camilla con las piernas dobladas sobre los muslos, estos sobre el vientre y separados uno de otro, el dorso un tanto elevado con almohadas y la pélvis lo más próxima posible al borde de la camilla. Dos ayudantes sostienen los muslos, uno se ocupa de cloroformizar á la enferma, si no hay contraindicacion formal de ello, y otro ayudante situado al lado del operador, se encarga de darle los instrumentos á la mano y auxiliarle en el mecanismo operatorio.

Anestesiada la mujer se practica el cateterismo uretral para desocupar la vejiga y alejar el riesgo de he-

(1) Tratamiento de la nueva operacion de cirugía de la seccion de la sínfisis en los partos difíciles por J. Garcia. Impresa en Sevilla en 1781.

rirla, y armado el cirujano con un bisturí convexo fuerte y bien cortante, practica una incision en la piel que cubre la síntisis de los púbis (antes se ha rasurado el monte de Venus), que se estienda desde dos ó tres lineas por cima de la síntisis hasta otro tanto por bajo de ella y que interese la piel y el tejido adiposo subcutáneo. Sin detenerse ante la pequeña hemorragia que pueda presentarse, se cerciora del lugar en que está la síntisis, y con un cuchillo recto de hoja fuerte muy cortante y sin punta, va poco á poco seccionando el fibro-cartílago articular bien de arriba abajo ó de abajo arriba, ó lo que creo preferible, de delante atrás.

Terminado este tiempo de la operacion y ligando cualquier arteriola que dé sangre, se espera que la naturaleza termine el parto favoreciendo la separacion de los púbis haciendo presiones hácia afuera y atrás, moderadas y sostenidas, sobre las espinas ilíacas anteriores y si á pesar de todo el parto no se termina espontáneamente se procede á la aplicacion del forceps.

Despues de salir el fétus se puede hacer desaparecer la anestesia y una vez espulsada la placenta se procede á la cura de la herida, poniendo 4 ó 5 puntos de sutura metálica á la piel aunque dejando la parte inferior de aquella, abierta para dar salida á la supuracion; se aplica una compresa cribosa enceratada, hilas formes, una compresa y un vendaje de cuerpo fuertemente apretado (aunque no tanto que ocasione molestias) que rodee á la pélvis. La operada permanecerá en decúbito dorsal con los muslos estendidos y juntos, se la prescribirá una tisana atemperante, dieta animal, absoluto silencio y se le estraerá la orina dos ó tres veces en las veinticuatro horas, pudiéndosele permitir que ponga su hijo al pecho. Tambien se cuidará mucho de que el flujo loquial no bañe la

herida, renovando con frecuencia los paños destinados á recogerlo.

La curacion total en los casos felices rara vez se verificará á los quince dias como en la enferma de Sigault, sino que la mayoría necesitará cuando ménos de treinta á cuarenta. El profesor Garcia dice que á los quince dias se debe permitir á la mujer levantarse de la cama.

El proceder de Canibell consiste en hacer una pequeña incision por bajo de la sínfisis y á un lado del clítoris, cortando luego el fibro-cartílago inter-articular de abajo arriba, introduciendo un cuchillo pequeño fuerte y botonado por la incision hecha en la piel y cuidando de no ampliar la seccion de esta. Es una seccion subcutánea de la sínfisis, hecha con el objeto de evitar en lo posible la entrada del aire. Canibell aconseja que durante la operacion se mantenga una sonda en la vejiga sostenida por un ayudante, para que sirva de guia á fin de evitar la herida de ese órgano.

Pubiotomía. Una modificacion muy importante de la sinfisiotomía es la hecha por Católica de Nápoles, con el objeto de evitar los inconvenientes de el contacto del aire con el cartílago inter-articular. Parece, sin embargo, que antes de la operacion hecha por él en el vivo en 1829, cuyo resultado fué funesto para la madre y para el hijo, M. Galbiati habia practicado en una época anterior (1819), otra que consistió en serrar uno de los púbis, seccionar la sínfisis y veinticuatro horas despues serrar tambien el otro púbis. El resultado de esta operacion fué el mismo que el obtenido por Católica.

Hé aquí el mecanismo operatorio de la pubiotomía tal como yo la haria si me viese precisado á ello.

Colocada la mujer como para la sinfisiotomía y anestesiada, se determina la situacion de la sínfisis púbica y

á 6 líneas (0,m 012) por fuera, se hacen dos pequeñas incisiones trasversales paralelas á los bordes superior é inferior del púbis, cuyas incisiones sirven para introducir una espátula metálica que se procura pasar por detrás del hueso y hecho esto se saca la espátula, sustituyéndola por un canal de madera, á cuyo abrigo se coloca una sierra de cadena, y que sostenida por un ayudante, sirve para protejer las partes blandas de los movimientos de la sierra. Dividido el hueso con esta, se la retira sin incindir la piel y se aguarda el efecto de esta separacion y de las contracciones uterinas, y si aquella no es suficiente para la terminacion del parto, se repite la operacion en el otro púbis. La ampliacion del diámetro antero-posterior de cada uno de los estrechos de la pélvis y de la escavacion que resulta de la doble pubiotomía, escede de 10 líneas (0,m 020) y con esta operacion todo queda reducido á una fractura complicada con herida, pero una fractura hecha metódicamente y por lo tanto sin esquirlas ni dislaceracion de las partes blandas, etc. La creo, pues, preferible á la sinfisiotomía á pesar de la autorizada opinion de Velpeau, quien no la cree indicada jamás y de Penard que ni la menciona. Cazeaux cree que ofrece más esperanzas que la sinfisiotomía.

Operacion Cesárea.

La práctica de esta operacion se remonta á una antigüedad muy remota, llegándose á asegurar con referencia á Plinio, que debe su nombre á haber venido por medio de ella al mundo Julio César, lo cual no es exacto, pues esta operacion se hacía en el cadáver hasta 1520, y consta de una manera auténtica que la madre de Julio César vivia cuando él estuvo en la Bretaña.

La primera operacion Cesárea practicada en el vivo de que se tiene noticia cierta, fué la referida por Nicolás de Falcon en 1491.

Las indicaciones de la operacion Cesárea son las siguientes:

1.° En las estrecheces pélvicas y deformidades de la pélvis, teniendo presente lo que he indicado al tratar de la sinfisiotomía.

2.° En los casos de tumores del cuello del útero que impidan completamente su dilatacion á pesar del desbridamiento múltiple.

3.° Siempre que una lesion cualquiera de las partes duras ó blandas impide la salida del fétus con el forceps, la sinfisiotomía ó la craneotomía.

4.° En las roturas de la matriz cuando el fétus no se puede extraer por la vía natural.

5.° En los embarazos extra-uterinos.

6.° En las hernias considerables de la matriz á través de la línea alba, pero irreductibles.

7.° Cuando la mujer muere repentinamente por cualquier causa contando más de seis meses de gestacion, ó cuando aunque la muerte sea por enfermedad, hay sospechas siquiera de que áun vive el fétus. De este modo podrá administrársele el agua del bautismo.

Tambien respecto á esta operacion repito lo ya indicado al tratar de la sinfisiotomía. Una vez existiendo la indicacion precisa de la operacion Cesárea, todo el tiempo que gastemos en inútiles dilaciones alejará las esperanzas de salvacion para los dos seres encomendados á nuestro cuidado. Así pues, se procederá á ella en el momento en que el cuello de la matriz se halle dilatado y dilatable y ántes de la rotura de la bolsa de las aguas, cuidando ántes de emprenderla de vaciar la vejiga y el recto.

Se colocará á la mujer en una cama algo elevada á fin de que el profesor pueda operar con más comodidad, se la situará en decúbito dorsal con las piernas y los muslos en flexion y separados estos y sujetos por dos ayudantes. Otro de estos colocado á la derecha de la mujer se encarga de la cloroformizacion; dos más situados á la izquierda se ocupan, uno de mantener con sus dos manos la matriz en la línea media, y el restante de comprimir el fondo de la entraña y rechazar hácia arriba los intestinos. El profesor situado al lado derecho de la mujer, y auxiliado por otro ayudante que le dá los instrumentos á mano, hace con un bisturí convexo, fuerte, una incision vertical sobre la línea alba que se estienda desde el ombligo hasta 2 pulgadas (0,^{m}046) por cima del púbis é interese la piel y el tejido adiposo subcutáneo; en seguida y capa por capa va dividiendo los planos aponeuróticos de la línea alba y al llegar al peritoneo hace en este un pequeño hojal, por el que introduce el dedo índice de la mano izquierda, el cual sirve de conductor á un bisturí botonado para hacer la incision de dicha membrana, evitándose así la lesion de cualquier asa intestinal que á pesar de todas las precauciones tomadas, pudiera existir entre el útero y la pared anterior del vientre. La incision del peritoneo debe tener la misma extension que la de la piel, es decir, de 6 á 7 pulpadas (0,^{m}139 á 0,^{m}163). En este momento se presenta la matriz entre los labios de la herida y entónces encargando á los ayudantes que la sostienen que compriman perfectamente los lábios de la herida contra ella, se la va incindiendo lentamente hasta que quede el huevo al descubierto, el que se incinde de la misma manera que se hizo con el peritoneo; se extrae el fétus, se liga y corta el cordon y se anuda la porcion placentaria de este á una sonda metálica que introducida á través de la herida uterina se

la hace salir por el orificio del cuello, procurando que por este que ya indiqué estaba dilatado ó dilatable, salgan las secundinas. Si hubiera alguna lesion que impidiese la dilatacion del cuello, se extraen la placenta y las membranas, reunidas por torsion, por la herida abdominal.

Creo muy conveniente dejar los primeros dias una sonda gruesa de goma ó un tubo de *drainage* en el cuello uterino á fin de favorecer la salida de los loquios, de algunos coágulos y áun de gases que la putrefaccion de estos pudiera producir. Esta sonda será quitada dos veces en las veinte y cuatro horas para limpiarla y desobstruirla.

Llegada aquí la operacion se ha propuesto por algunos la sutura de la matriz, cuyo único resultado es añadir una nueva causa de inflamacion á las muchas existentes y el Dr. Lestocgnoy aconseja que una vez incindida la matriz y antes de hacer lo mismo con el huevo se unan los labios de la herida de la matriz á los labios de la herida abdominal. Tampoco creo acertada esta práctica que impide la retraccion de la matriz y expone á gravísimas hemorragias sin tener estos inconvenientes ninguna compensacion. Lo que yo creo oportuno es, despues de extraidos el fétus y las secundinas, sin hacer sutura alguna, de la matriz, limpiar bien los labios de la herida y proceder con puntos de sutura metálica profunda que atraviesen los planos aponeuróticos y el peritoneo, y con puntos de sutura superficial que puede ser la sutura emplumada, á unir la herida abdominal, dejando un pequeño espacio en su parte inferior por el que se introduce un tubo de Chassaignac de mediano grosor, cuyo objeto es dar salida á los líquidos que puedan derramarse en la cavidad peritoneal y sobre todo dejar escapar los gases que tanto en esta operacion como en la ovariotomía se forman con tanta facilidad y á los cuales da con justi-

cia tanta importancia el Dr. D. Federico Rubio para explicar la muerte de muchas de las que sufren la segunda de las dos operaciones citadas. Despues de hecha la sutura cruenta, se ponen algunas tiras anchas de esparadrapo, una planchuela de hilas, se embadurna de collodium el vientre y se colocan algunas hilas más, una compresa y un vendaje de cuerpo.

Acto contínuo y desaparecido el sueño clorofórmico, se traslada la operada á su cama, en la que se le hace permanecer en decúbito dorsal, en silencio absoluto, prescribiéndosele la dieta vegetal, y si la reaccion sobreviene pronto ó es algo intensa, una pocion con los extractos de digital y de acónito. Se practica el cateserismo uretral dos veces al dia, se extrae otras tantas la sonda uterina y áun el tubo abdominal, se repite la embrocacion con el collodium á las treinta y seis horas y se está dispuesto á combatir con las fricciones mercuriales y el calomelano por el método Law, una inflamacion metro-peritoneal si sobreviene, ó con la quina y el sulfato de quinina, la septicemia si aparece.

A los seis dias se quitan con cuidado los puntos profundos y á los ocho ó diez los superficiales; en esta misma época pueden suprimirse el caterismo uretral y la sonda uterina, algo más tarde el tubo de Chassaignac, á las cuarenta y ocho horas si nada lo impide se pueden conceder algunos caldos á la parida y á los veinte ó veinticinco dias contra en convalecencia. No siempre, sin embargo, ocurre este brillante resultado, pues la mayoría de las estadísticas formadas dan una mortandad del 97 por 100 en las mujeres que sufren esta operacion. De los fétus sucumbe el 58 por 100.

La operacion Cesárea en el cadáver se debe hacer inmediatamente despues de la muerte y con las mismas precauciones que en la mujer viva.

Al tratar de la rigidez del cuello uterino, que es una causa poderosa de distocia esencial por parte de la madre, me ocupé de la que se ha llamado operacion Cesárea vaginal y no es otra cosa que un desbridamiento múltiple hecho en el cuello uterino con un bisturí largo botonado y cortante en muy poca extension y al cual sirve de conductor el dedo índice de la mano izquierda del profesor.

LECCION XXXVI.

Continúa el asunto anterior.—Operaciones cruentas que se practican sobre el fétus en los casos de distocia esencial.—Craneotomía.—Cefalotricia.—Embriotomía.

Las operaciones cruentas que tienen por objeto disminuir el volúmen del fétus, han recibido el nombre genérico de embriotomia, pero segun la parte del cuerpo en que se opere se ha dividido en cefalotomía y embriotomia propiamente dicha. La cefalotomía á su vez comprende el destroncamiento, la craneotomía y la cefalotricia.

De todas estas operaciones trataré sucesivamente.

Destroncamiento.

Indicaciones. Pueden reducirse á las siguientes:

1.ª Estrechez pélvica de 2 pulgadas (0,^{m} 046) ó ménos, que haga imposible la celalotricia; muerte indudable del fétus.

2.ª En los fétus con dos cabezas, cuya presentacion ha sido de nalgas cuando despues de salir el tronco es imposible la terminacion del parto.

3.ª Parto de gemelos, presentacion del primero de

nalgas, salida del tronco é imposibilidad de salir la cabeza por hallarse alojada la del segundo fétus en el cuello del primero y estar encajada en la escavacion.

4.ª Parto de gemelos. El uno se presenta de cabeza, el otro de tronco rodeando el cuello del primero.

Mecanismo operatorio. Un ayudante coge el cuerpo del fétus, trata de poner tirante el cuello y lo mantiene hácia abajo. El profesor rodea el cuello del fétus con el dedo índice izquierdo que le sirve al mismo tiempo para conductor de una tijera de hoja corta, curva y fuerte, con la que separa á pequeños cortes el tronco de la cabeza.

El destroncamiento supone otra segunda operacion cual es la de extraer la cabeza que ha quedado en el útero. En los casos de estrechez considerable de la pélvis, Cazeaux renuncia á ella esperando que disminuido el volúmen con la putrefaccion, la naturaleza se baste para expulsarla.

Para sacar la cabeza, si no se expulsa expontáneamente, se intenta la aplicacion del forceps que es muy difícil entónces á causa de la movilidad de aquella, ó la del cefalotribo, cuyas dificultades son idénticas; y si faltan estos medios hay que apelar á unos instrumentos llamados saca-cabezas, de los que el más usado es el de Assalini, que consiste en un vástago metálico provisto de su mango, con el que se articula en T otro más pequeño, que por medio de un resorte es susceptible de colocarse en la misma direccion del vástago. Se introduce la extremidad del índice izquierdo por el agujero occipital del fétus y á lo largo de él, sirviendo de conductor, se lleva el saca-cabezas al interior del cráneo; una vez introducido en cierta extension, se toca al resorte que lo convierte en T, con lo que se consigue sujetar bien la cabeza para poderla ex-

traer. Si no se presenta el agujero occipital al orificio de la matriz y la cabeza no tiene la suficiente movilidad para hacerla girar y traer dicho agujero al centro del estrecho superior, se busca una de las fontanelas, la que se perfora con las tijeras de Smellie, introduciendo el saca-cabezas por la abertura hecha; y si tampoco se encuentra fontanela alguna y la situacion de la cabeza presenta seguridad bastante para poder hacer una perforacion en cualquiera otro sitio, sin temor á que se desvíe de pronto y por un escape del instrumento espongamos gravemente á la mujer, se hace la perforacion en el punto que sea más asequible, siendo preciso en caso contrario y cuando hayan fracasado todas nuestras tentativas, abandonar la expulsion á la naturaleza.

Hay ocasiones en que la expulsion es impedida por la contraccion espasmódica del cuello uterino, y entónces hay que apelar antes de ningun otro medio, á los baños calientes, etc.

Craneotomía.

Consiste esta operacion en la perforacion del cráneo, y la trituracion del cerebro del fétus.

Indicaciones. Antes de la invencion del cefalotribo eran mucho más extensas, pero hoy que se usa de este instrumento en muchos de los casos en que ántes los perforadores y la craneotomía, dichas indicaciones han sufrido alguna restriccion. Sin embargo, en muchos casos debe preceder á la cefalotricia; en algunos puede evitarla y en determinado como el de enclavamiento de la cabeza con muerte del fétus, no puede ser sustituida por aquella.

Mecanismo operatorio. Dos instrumentos se disputan la preferencian para hacer la craneotomía y son las tijeras

de Smellie y el perfora-cráneo de Blot. Las primeras son unas tijeras largas que funcionan como las ordinarias, pero cuyas hojas constituyen cuando están cerradas una hoja de lanza perfectamente cortante y al separarse entre sí ensanchan cuanto se crea conveniente la abertura de la perforacion que con ellas se hace. Para proteger las partes de la madre, se une á estas tijeras una lámina de plata de la figura de una espátula que les sirve como de vaina, fijándose en la articulacion de ellas en dos pequeños agujeros que tienen uno próximo á cada anillo, siendo, sin embargo, muy fácil separar la lámina cuando se ha llegado al punto en que el instrumento debe funcionar.

El perfora-cráneo de Blot se compone de dos hojas superpuestas, cuya extremidad tienen la figura lanceolar y uno de sus lados cortante y el otro grueso, pero dispuestos de manera que cuando están superpuestas las hojas, el filo de cada una está protegido por el dorso de la otra, y al separarse por un mecanismo análogo al que preside al desenvolvimiento de las hojas de un litotomo doble, sus dos filos miran afuera.

Colocada la mujer como indiqué para la sinfisiotomía, se introducen los cuatro últimos dedos de la mano izquierda en la vagina y una vez encontrada con ellos una de las fontanelas se la procura rodear con ellos: en seguida se introduce, protegido por la mano, el perforador y se le conduce de manera que vaya á obrar perpendicularmente sobre la superficie que se va á romper, siendo preciso para esto bajar el mango del instrumento hasta que deprima el periné de la mujer, y entónces basta una presion regular para hacer penetrar las hojas en el interior del cráneo, haciéndolas luego girar abiertas en distintas direcciones para destrozar la masa cerebral. Acto contí-

nuo se vuelven á unir las hojas y se saca el instrumento protegido por la mano izquierda.

Si son las tijeras de Smellie las que se usan en vez del perforador de Blot, hay que quitar la lámina protectora cuando ya toca el instrumento á la fontanela y volverla á colocar ántes de sacarlo.

Si no se encuentra una fontanela, se coloca la punta del perforador sobre cualquiera de los huesos y al movimiento de presion á que ántes aludí hay que agregar algunos otros de rotacion para que pueda penetrar.

Si en vez de ser la presentacion de vértice, como he supuesto hasta aquí, fuese de cara, se elige como sitio para colocar el perforador una de las fosas orbitarias, y si no se las encontrase cerca del centro del estrecho superior, se engancha la mandíbula inferior con dos dedos y se hace la perforacion por la bóveda palatina.

Este último punto es el de preferencia si el tronco del fétus hubiera ya salido. En este caso aconseja Huber de Loubain hacer una incision trasversal de unas tres pulgadas en la piel de la base del cuello lo más próximo posible al exterior, disecar estas partes blandas hácia arriba en una pequeña extension é introducir por la herida una pinza larga de pólipo, haciéndola llegar hasta la base del cráneo, abriéndola entónces violentamente y sacándola abierta con lo que forma un conducto muy apropósito para hacerlo seguir al perforador con el que se rompe entónces el cuerpo del esfenóides y se penetra perfectamente y sin riesgo para la madre, en la base del cráneo.

La mayoría de los prácticos suprimen las inyecciones con agua tibia que á través de una cánula introducida por el orificio de la perforacion se hacian antiguamente con el objeto de destrozar más la pulpa cerebral, pues son completamente innecesarias y aumentan lo horrible de la

craneotomía. Chaylli-Honoré dice que se coloque un lienzo en la vulva para empaparlo en la dicha pulpa y tratar de quitarla de la vista de los circunstantes.

Despues de hecha la craneotomía se espera á que la naturaleza expulse la cabeza ya reducida y si no se basta á sí misma se aplica el forceps ó el cefalotribo.

Cefalotricia.

El cefalotribo, que es el instrumento con que se practica esta operacion, fué inventado por Baudelocque (sobrino) en 1827, y consistia en un forceps, cuyas cucharas no estaban fenestradas y tenian ménos curvatura que las del forceps ordinario, estando sus mangos atravesados por un tornillo que permitia aproximarlos fuertemente y reducir en su consecuencia considerablemente el volúmen de la cabeza cogida entre las cucharas. La no existencia de curvatura en las cucharas, la separacion considerable que hay que hacer de estas para coger bien la cabeza del fétus y la gran longitud del tornillo que trasversalmente se encuentra entre el mango de las cucharas y sirve para aproximarlas, son inconvenientes de consideracion que han sugerido á distintos prácticos la invencion de otros cefalotribos.

El cefalotribo de Chailly tiene en vez de tornillo trasversal una correa de cuero en sus mangos, que se arrolla sobre una cabria y un trinquete y sirve para verificar la aproximacion de ellos, y además ha añadido á la extremidad de sus cucharas dos ganchos que facilitan la traccion.

En el de Cazeaux tienen sus cucharas una curvatura más exagerada áun que las del forceps de Levret; la cara interna de estas es casi plana y su articulacion está dis-

puesta de modo que colocado el cefalotribo, en vez de representar la separacion de sus cucharas un cono cuyo vértice corresponde á la articulacion y la base á su extremidad, aquí la base del cono mira hácia la articulacion. Esta disposicion de las ramas hace tambien que el tornillo que las une pueda tener menor extension que la que ofrece el cefalotribo de Baudelocque.

Indicaciones de la cefalotricia. 1.ª En estrecheces de la pélvis superiores á 2 pulgadas (0,m 046) hallándose el fétus muerto. Aunque se la ha aplicado en estrecheces menores, entónces es casi impracticable y expone á gravísimos riesgos á la mujer.

2.ª Cuando despues del destroncamiento la cabeza se halla retenida en la matriz, pero encontrándose perfectamente dilatado el cuello de esta.

3.ª En los casos de mónstruos bicéfalos, cuando presentándose juntas ambas cabezas, la naturaleza no basta á terminar el parto.

4.ª En los partos de gemelos, cuando presentándose el primero de pies y una vez salido el tronco, queda retenida la cabeza en la matriz por haberse alojado la del otro fétus en su cuello y presentádose al estrecho superior antes de la de aquel. En estos casos habrá que hacer la cefalotricia en el segundo fétus y probablemente luego en el primero.

Hay que tener en cuenta que practicando la cefalotricia se aumentan todos los diámetros de la cabeza ménos el comprimido y este aumento llega á 6 líneas (0,m012) por término medio, segun Hersent, lo cual ha sido la causa de que Pajot haya propuesto la *cefalotricia repetida*, es decir, que despues de aplastar la cabeza en un sentido dirige el diámetro de ella que estaba antero-posteriormente en cualquier otro sentido, desarma el cefalotribo, lo saca

y lo vuelve á introducir para cojer la cabeza en la nueva direccion en que la habia colocado y así sucesivamente, habiendo llegado una vez á hacerlo sin el menor accidente consecutivo hasta ocho veces con intervalo de una á dos horas por término medio. Hersent por su parte aconseja no hacer jamás la cefalotricia sin precederla de la craneotomía, pues ha visto que entónces el aumento de los diámetros no comprimidos, apénas llega á una ó dos líneas (0,^{m} 002 á 0,^{m} 004).

Recien inventado el cefalotribo se le hacía servir no solo como instrumento de disminucion del volúmen de la cabeza, sino como poderoso medio de traccion, pero en la actualidad todos convienen en que en este último sentido la utilidad del cefalotribo es muy escasa y por lo tanto prefieren abandonar á la naturaleza la expulsion del fétus en los casos en que no están agotadas las fuerzas de la mujer.

Para practicar la cefalotricia se coloca á la mujer lo mismo que para la sinfisiotomía. El operador colocado frente á sus órganos genitales, introduce la mano derecha preliminarmente engrasada en la vagina hasta llegar al cuello uterino y colocar la extremidad de sus dedos entre el lado izquierdo de la matriz y la cabeza del fétus; coje entónces con la mano izquierda la rama izquierda del cefalotribo (cefalotribo de Cazeaux) á la que antes ha engrasado é introducido en agua caliente, y colocando la extremidad del mango hácia la ingle derecha y abdómen de la mujer y de modo que la curvatura del eje del instrumento corresponda á la del eje de la pélvis, hace seguir á la convexidad de la cuchara, todo lo largo de la cara palmar de la mano derecha, que así le sirve de conductor hasta llegar á la matriz y colocarse entre esta y la cabeza del fétus; al verificarse esto, el mango de la

cuchara ha debido paulatinamente haberse venido á colocar sobre la horquilla, donde, y deprimiendo con ella el periné, se la hace mantener por un ayudante. Acto contínuo y de una manera análoga, se procede á la introduccion de la otra rama, á la que sirve de conductor la mano izquierda del tocólogo, y una vez puesta esta se articulan las dos y se atraviesa el mango de ambas con el tornillo que debe juntarlas, teniendo cuidado ántes de proceder á hacer funcionar éste, cerciorarse con algunos ligeros movimientos que se imprimen al cefalotribo, de que la cabeza se encuentra bien aprisionada entre sus ramas, sin que importe mucho sea cualquiera el diámetro en que se encuentre cogida. Se debe dar vueltas al tornillo hasta que en la separacion de los mangos se vea que las cucharas están próximas á tocarse y entónces, ó por medio de tracciones en las que se tendrá cuidado de hacer seguir á la cabeza la direccion del eje de la pélvis, se hará la extraccion, y esto sólo en los casos en que las fuerzas de la mujer se encuentren agotadas; ó se sacará el instrumento y se procederá á la version como quiere Bertin; ó en fin, ántes de aflojar el instrumento se variará la direccion de la cabeza para hacer de nuevo la cefalotricia en esta nueva direccion.

La cefalotricia no es una operacion tan inocente para la madre como pudiera creerse, pues segun una estadística de los hospitales de Paris hecha en los años 1857 á 59 inclusives, de 24 operadas sucumbieron 7, siendo de notar que cinco de estos casos mortales recayeron entre ocho operadas cuya pélvis tenia una estrechez menor de 2 pulgadas (0,^{m} 046).

Van-Huelven ha ideado un *forceps-sierra* cada una de cuyas cucharas tiene á todo lo largo de su cara interna un tubo metálico por el que una vez colocadas se hace

pasar una sierra de cadena que viene desde la extremidad de una cuchara á encontrar la extremidad de la otra, cogiendo así á la cabeza á manera de un lazo y una vez colocada la sierra se la hace bajar por medio de una llave de muesca que se halla colocada próxima á la articulacion.

Simpson recomienda el uso de un instrumento al que llama cranioclasto y consiste en una pinza menor que el cefalotribo, cruzada en su articulacion. Sus cucharas apénas tienen corvadura, la una está fenestrada en toda su longitud y es la rama hembra y la otra ó macho es muy fuerte y dentada por su cara interna. Simpson que, como todos los ingleses, nunca usa la cefalotricia, emplea este instrumento despues de practicada la craneotomía, introduciendo la rama hembra entre la matriz y la cabeza del fétus y la macho en el agujero de la perforacion, aplastando la porcion de hueso comprendida entre las dos ramas y repitiendo la misma operacion en distintos puntos.

El proceder de Simpson es una cefalotricia muy imperfecta y un indicio de que á esta operacion van volviendo los ojos insensiblemente los ingleses que tanto la han querido ridiculizar.

Embriotomía.

Se ha reservado el nombre de embriotomía propiamente dicha á las operaciones cruentas que se hacen sobre el tronco del fétus.

La más sencilla es la *paracentesis* abdominal que se halla indicada en los casos de ascitis congénita del fétus y se practica con un trocart largo y curvo, al cual sirve de conductor la mano izquierda. Muy rara vez, sin embargo, será necesaria esta operacion, pues áun en casos

de ascitis considerable el fétus sale (si la pélvis está bien conformada) sin grande entorpecimiento.

Del *destroncamiento* ya he hablado, manifestando sus indicaciones y la manera de practicarlo.

La *decolacion* de un brazo que se ha hecho por algunos profesores, es una operacion irracional y que ni siquiera debe mencionarse.

La *division del fétus* en dos mitades por la base del torax, se halla indicada en los casos de presentacion de tronco con encajamiento considerable del fétus en la escavacion, habiendo sido inútiles todas las tentativas de version hechas y despues de cerciorados de la muerte del fétus, sea cualquiera el grado de amplitud que tenga la pélvis.

Para llevar á cabo esta operacion se necesitan unas tijeras largas y curvas llamadas de Dubois, cuyas ramas están cruzadas y descruzadas y además los ganchos romos.

Una vez señalando con los dedos de la mano izquierda el punto en que se encuentra la base del torax del fétus y protegiendo con la misma las partes de la mujer, se llevan las tijeras sobre el fétus, y con cortes pequeños y repetidos se va practicando poco á poco su seccion en dos sacando luego ambas porciones una despues de otra. Si esta seccion es imposible, Pajot aconseja tomar un trozo de cuerda sólido, una de cuyas extremidades se fija á una gruesa bala de plomo dispuesta en forma de casco; este casco se introduce en la extremidad del gancho romo, por cuyo dorso se hace pasar la cuerda: se lleva este gancho por detrás del tronco del fétus y cuando se calcula que lo ha rodeado se desprende de la bala y se va á buscar ésta con una pinza larga de pólipo. Una vez conseguido esto se coloca un espéculum univalvo grueso, de manera que se

adapte exactamente al cuerpo del fétus y que por su centro pasen las dos extremidades de la cuerda que cuelgan al exterior y con las que se hacen vigorosos movimientos de vaiven que dan por resultado dividir sin gran dificultad el fétus en dos porciones.

Los ganchos agudos que ántes se empleaban en estas operaciones han caido completamente en desuso por la facilidad que hay con ellos de lesionar gravemente á la mujer.

LECCION XXXVII.

Distocia esencial por parte del fétus.—§ 1.° Parto de gemelos.—a. Gemelos separados.—b. Gemelos adheridos.—§ 2.° Vicios de conformacion de un fétus único.—§ 3.° Insercion viciosa de la placenta.

La distocia esencial por parte del fétus comprende: 1.° El embarazo gemelar. 2.° Los vicios de conformacion del fétus. 3.° La insercion viciosa de la placenta. 4.° Ciertas enfermedades y la muerte del fétus. 5.° Su mala presentacion. 6.° Posiciones desviadas.

§ I.

Parto de gemelos.

Varian las dificultades al parto segun que los fétus se encuentren totalmente aislados ó adheridos.

a.—*Parto de gemelos aislados.*

El embarazo gemelar no es muy raro, pues se encuen-

tra en la proporcion de uno por cada 75. Generalmente sólo existen dos fétus, pero se han visto tres, cuatro y áun cinco; asisto á una familia en la que la madre del jefe de ellá tuvo un parto de cinco fétus, todos los cuales nacieron vivos y tres de ellos vivieron dos dias. La señora, que criticaba mucho á las que parian dos gemelos, atribuia este hecho á un castigo divino por sus murmuraciones, y yo lo atribuyo á la superfetacion. En efecto, se ha visto en autopsias de mujeres muertas durante la ovulacion, que una vesícula de Graaf contenia dos óvulos y es natural, por lo tanto, que verificada la fecundacion durante aquella *puesta* se habrian producido dos fétus y así se explica á veces la preñez gemelar doble. En otras ocasiones se ha hallado en cada ovario una vesícula de Graaf en el mismo período de desarrollo y próximas ambas á su rotura, y es fácil comprender tambien que en este caso la fecundacion de ambos óvulos ha podido ser simultánea; pero es rarísimo que una vesícula contenga cuatro ó cinco óvulos; esto, cuando ménos, no se ha comprobado, pero sí lo ha sido el hecho de haberse verificado una fecundacion á los pocos dias y áun meses despues de actuada otra, y estos casos de superfetacion son los que á mi modo de ver dan una clara explicacion de la gran diferencia de desarrollo que suele hallarse entre dos gemelos, y sobre todo, de esas concepciones cuádruples y áun quintuples.

Los gemelos pueden tener cada uno su placenta y sus cubiertas adosadas sólo por un lado, ó una cubierta comun, pero cada uno su placenta y su cordon, ó una sóla cubierta y una sóla placenta con diversos cordones.

El volúmen considerable del vientre, su depresion central, percibir la mujer los movimientos del fétus simultáneamente en sitios diferentes y oirse distintamente los latidos del corazon en puntos opuestos, son los signos por

los que podremos hacer el diagnóstico de un embarazo de gemelos.

Respecto á las dificultades que un embarazo de esta especie puede ocasionar al parto, hay que tener en cuenta que en ellos los fétus son generalmente pequeños y poco desarrollados, aunque no se puede establecer ésta como una regla absoluta en lo referente á los casos en que sólo hay dos. La mayoría de las veces cuando son dos, un fétus se presenta por el vértice y el otro por la extremidad podálica, pero no es raro ver adoptar á ambos igual presentacion, ó uno verificarlo por cualquiera de las extremidades del óvalo fetal y el otro de tronco.

En los casos ordinarios y cuando las presentaciones son naturales, no debe el profesor intervenir, sino para aconsejar á la mujer que modere sus esfuerzos despues de la salida del primer fétus, á fin de evitar que una deplexion rápida del útero ocasione un síncope ó una inercia uterina y una hemorragia consecutiva á ésta. Esta intervencion tambien será indispensable si sobreviene cualquiera de los accidentes que quedan ya descritos (hemorragia, eclampsia, etc. etc.)

Si las dos cabezas se presentan al par, es preciso tratar de reducir una de ellas (la más movible) á la cavidad de la matriz y mantenerla reducida durante los dolores, á fin de facilitar el encajamiento de la otra. Si esta maniobra no fuese posible, despues de mantenernos un tiempo racionalmente largo en la espectacion, pues por el pequeño volúmen de los fétus en ocasiones se basta la naturaleza para terminar el parto, se procede á hacer la craneotomía en aquella cabeza que por la flacidez de su piel y por la ausencia de latidos del corazon en aquel lado del vientre de la madre, podamos sospechar que está muerto, y si ambos están vivos la que parezca

que estorba más. En la mayor parte de los casos no bastará disminuir el volúmen de una sola cabeza, sino que habrá que hacerlo con las dos.

Si los dos fétus se presentan por los piés y encontramos en la vulva más de dos, nos guardaremos muy bien de tirar de ellos y mucho ménos sin haber distinguido cuáles son los de un mismo fétus, cosa muy difícil y áun imposible en ciertos casos; sino todo lo más que podremos tirar será de un pié, que tras él vendrá el otro y áun el fétus entero. En estos casos vale más abandonar á la naturaleza la expulsion ó intentar lo aconsejado por Hipócrates y ejecutado con feliz éxito por Pleesman, que es suspender á la mujer por los piés á fin de obtener por la posicion la reduccion de los fétus á la cavidad del útero, adonde se puede ir luego á buscar con la mano uno sólo tratando de presentarlo en buena posicion.

Puede suceder que se presente un fétus por los piés, pero que colocado en la matriz al lado del otro que se presenta por la cabeza, al salir aquel se enganchen las dos cabezas de modo que colocada cada uno en el cuello de la otra se presenta ya en la escavacion la del segundo cuando áun no haya salido la del primero. En este caso y cuando se vea que la naturaleza no se basta para terminar el parto y que se ha aplicado infructuosamente el forceps á la cabeza del segundo, hay que proceder á la craneotomía de esta ó al destroncamiento del primer fétus, tratando de reducir entónces su cabeza á la matriz y extrayéndola despues de la completa salida del segundo.

El primer fétus puede presentarse de tronco, pero de manera que estándolo el segundo de vértice, rodee á la cabeza de éste y lo que se presente verdaderamente al estrecho superior y á la escavacion, sea una masa constituida por el tronco del uno y la cabeza del otro. Será pre-

ciso entónces la embriotomía del primero y quizás la craneotomía del segundo. Jacquemier refiere un caso de esta clase observado por él en la Maternidad de Paris, en el que murió la mujer sin que se hubiese podido terminar el parto por el forceps.

Si la presentacion de hombros fuese simple, es decir, que se tratase de una presentacion única ó de un fétus, no hay que decir que es indispensable proceder á la version.

En ocasiones, uno de los fétus está muerto de mucho tiempo y el otro es el que se presenta y nace. Entónces como durante el embarazo hemos podido quizás hacer el diagnóstico de embarazo doble y áun de la muerte indicada, y á falta de esto despues del parto, ó por la disposicion de la placenta ó por el volúmen exagerado que conserva la matriz podemos sospechar cuando ménos lo que ocurre, se introduce la mano en la matriz y se procura la extraccion del fétus muerto. No es raro en estos casos encontrar una constriccion invencible del cuello uterino, viéndonos entónces precisados á abandonar el trabajo de expulsion á la naturaleza, la cual no tarda muchos dias en llevarla á cabo.

b.—*Fétus gemelos adheridos.*

No son muy frecuentes los casos de esta especie, aunque en los anales de la ciencia se registran algunos en que hasta llegaron á una edad un tanto avanzada. Hace poco fallecieron los dos célebres hermanos Siameses Eu y Cham, de más de 60 años, que se hallaban adheridos por un grueso pedículo situado en la base del pecho. Buffon cita á las dos hermanas Elena y Judit, que murieron á los 21 años, y estaban adheridas por la parte inferior de la columna vertebral. No hace muchos meses los parisienses admi-

raban al ruiseñor de dos cabezas, Milia-Cristina, cuya union se halla en la parte posterior de la pélvis y las cuales áun gozan de buena salud.

En Agosto de 1874 nació en la villa de Grazalema un mónstruo doble como los anteriores y que recordaba á los hermanos Siameses, el cual vivió 24 horas. Eran dos fétus del sexo masculino, de un desarrollo perfecto, adheridos por el vientre. Tres dias de dolores costó á su madre este parto que se efectuó espontáneamente. Ví esta monstruosidad, porque dos individuos de su familia se apoderaron de ella, conservándola en alcohol con la idea de lucrarse enseñándola en las poblaciones que recorrieron.

En uno de los números del *Correo de Andalucía*, periódico de Málaga, correspondiente al mes de Octubre de 1874, se habla de un mónstruo nacido en Capileria (provincia de Granada), y tan notable que no puedo resistir al deseo de copiar su descripcion.

«Se trata de un niño que en aquel momento contaba cincuenta y cuatro dias de edad, nacido en un pueblo de la provincia y compuesto de dos cabezas perfectamente conformadas, que funcionan aisladamente como lo prueban las manifestaciones de su sentido, dos cuellos, hombros y brazos independientes, que igualmente obran á impulso de dos diferentes voluntades y continúan de este modo en todos los órganos respectivos á dos séres humanos, hasta la region umbilical, donde se unen para ser desde este punto un sólo individuo con un sólo órgano sexual masculino, un sólo ano y dos extremidades perfectamente conformadas. Del exámen de personas facultativas resulta que estos dos niños en la parte superior tienen cada uno un corazon y un estómago, pero en la inferior sólo tienen un intestino; que la digestion es comun en el último trayecto del tubo digestivo y que cada pierna per-

tenece al niño de su lado, probándolo así el hecho terminante de que al pellizcarle la pierna derecha, solo llora el niño de este lado y al hacerlo en la de la izquierda llora el que le es respectivo. Este fenómeno, á la sazon en que de él tuvimos noticia, gozaba de la mayor salud y robustez, no presentando síntoma alguno de padecimiento; se le observaba la tendencia de estar los dos niños abrazados, echándose los brazos el uno al otro. Creemos que los hermanos Siameses se han quedado en mantillas ante un fenómeno de que no hay otro ejemplar en el mundo.»

Se han visto tambien otros fétus en que la fusion se hallaba en la cabeza, como uno que existe en el Museo Anatómico de Madrid. En otros se han hallado dos cabezas y un sólo tronco. Yo poseo el modelo de un chino de veinte y tantos años (de cuyo modelo hay ejemplares en los Museos Anatómicos de Cádiz y de Madrid), el cual tiene en la region epigástrica otro individuo en posicion horizontal con el dorso hácia arriba y sin cabeza; parece como si ésta se encontrase en el interior del estómago. Sus órganos genitales revelan el sexo masculino.

No existen signos por los cuales podamos decidir durante el embarazo si el fétus es ó no monstruoso, y en muchas ocasiones sólo despues del parto es cuando comprobaremos la monstruosidad. En la mayoría de casos se diagnosticará un embarazo de gemelos y áun en algunos podremos sospechar aquella teniendo en cuenta que un fétus monstruoso doble jamás tiene dos bolsas amnióticas, ni viene la cabeza del uno de sus componentes correspondiendo á los piés del otro, sino que la fusion siempre se verifica ó por la totalidad del cuerpo, presentando entónces dos cabezas; ó por la cabeza, encontrándose entónces dos troncos; ó por la pélvis; ó en vez de la completa fusion de una parte de su organismo sólo existe una comu-

nicacion entre ambos por medio de una brida más ó ménos ancha ó una anherencia extensa, como en los casos de los hermanos Siameses, de Milia-Cristina y de los niños de Grazalema. Sólo introduciendo la mano en el útero se puede hacer un diagnóstico exacto en los primeros momentos del parto.

La mayor parte de los mónstruos dobles, cuyas observaciones se conocen, nacieron espontáneamente, y en pocos tuvo el arte que intervenir con operaciones manuales ó instrumentales. Si el fétus tiene dos cabezas y la presentacion es de una de ellas, si se encaja primero en la escavacion la cabeza que corresponde al plano anterior de la madre, suelen salir ambas sin dificultad; así como en la presentacion de nalgas, si la cabeza que se desprende primero es la que corresponde al plano posterior de aquella. En ocasiones la version podálica ó discretas maniobras con auxilio quizás de la palanca, podrán hacer terminar el parto; otras veces será preciso aplicar el forceps á una de las cabezas, pero en algunas nos encontraremos con que es preciso hacer una operacion cruenta sobre la madre ó sobre los fétus, y en estos casos ¿cuál será nuestra conducta?

Velpeau se ocupa algo extensamente de esta cuestion, que para mí no lo es. Yo soy muy meticuloso para decidir en los casos de fétus único, bien conformado y vivo, acerca de si debe sacrificársele ó no á la salvacion de su madre; pero yo no dudo en lo más mínimo en aconsejar que se prefiera ésta á todo trance, cuando se trata de un fétus monstruoso, de existencia por lo tanto muy precaria y que probablemente jamás ha de llegar á ser un regenerador de la humanidad. Creo, pues, que sin vacilar un momento se debe proceder (áun convencidos de que el fétus está vivo) á la destroncacion ó á la embriotomía, siempre

que, convencidos de la imposibilidad del parto espontáneo, veamos que empiezan á cernirse funestas sombras sobre la cabeza de la parturiente. Esta es tambien la opinion de los tocólogos más esclarecidos.

§ II.

Vicios de conformacion de un fétus único.

Un excesivo volúmen del fétus puede dificultar considerablemente el parto y áun hacerlo imposible, y en este caso nos hallaremos en las mismas circunstancias que si se tratase de una estrechez total de la pélvis, pues aquí, aunque á esta la supongo normal, es estrecha relativamente al volúmen del fétus. Las indicaciones serán, por tanto, las mismas que las manifestadas para los casos de estrechez á que me refiero.

Respecto á otros vicios de conformacion, muchos no son tales vicios, sino verdaderas enfermedades, aunque congénitas, y por lo tanto hablaré de ellos más abajo, y entre los que verdaderamente lo son, apénas se encuentra alguno fuera de los ya expresados, que pueda dificultar el parto.

El diagnóstico de estos fétus monstruosos es imposible ántes de la rotura de la bolsa de las aguas, y áun despues de ésta no se puede muchas veces hacerlo. Esto no es, sin embargo, muy importante, porque en la mayoría de casos su salida del útero es expontánea y se poseen muy pocos ejemplares, principalmente uno visto por Gasnault y Velpeau, en que el excesivo volúmen de un fétus monstruoso con sus cuatro miembros en estado rudimentario, hizo difícil el parto.

Sólo hay que tener presente que en los casos de esta

especie el fétus tiene mucha tendencia á presentarse de tronco.

§ III.

Insercion viciosa de la placenta en el cuello uterino.

Hay una disposicion especial del huevo en sus relaciones con la matriz que constituye una poderosa é importante causa de distocia. Aludo á la insercion de la placenta en el cuello uterino, la cual no es tan rara como se ha dicho, pudiendo referirse á ella varios de los casos que se han supuesto como de desprendimiento total y prematuro de dicho órgano.

Esta insercion puede ser central ó escéntrica, es decir, verificarse de modo que el centro próximamente de la placenta corresponda al orificio uterino, ó encontrarse una parte de la circunferencia de la placenta en relacion con dicho orificio.

Busch atribuye esta anomalía á un desarrollo anormal de la matriz.

Síntomas. No existen en los primeros meses de la gestacion, pero á partir del sexto sobreviene una hemorragia que tiene los caractéres siguientes:

1.° El principio de su aparicion es el sexto mes de el embarazo, algunas veces el sétimo, y muchas en las cuatro ó seis últimas semanas, sobreviniendo más pronto cuando la insercion es central y más tarde si es periférica.

2.° La sangre es de color rojo y rara vez presenta coágulos.

3.° La hemorragia sobreviene de repente y sin causa apreciable y dura desde pocas horas á algunos dias; la

primera vez que sale es en poca cantidad, pero las sucesivas es más abundante y dura más tiempo, pudiendo la frecuencia con que llegan á repetirse las hemorragias y la intensidad de estas poner en riesgo grave las vidas de la mujer y del fétus, y áun obligar á la anticipacion del parto.

4.° En cuanto se presentan las contracciones uterinas la hemorragia aumenta, fluyendo la sangre en mayor cantidad inmediatamente despues de cada dolor, siguiendo la hemorragia en progresivo aumento si la insercion es central y deteniéndose espontáneamente en cuanto se encaja la cabeza si es escéntrica.

Si se reconoce la mujer, se encuentra el cuello del útero más grueso que en el estado normal de un parto y entre sus lábios una masa esponjiosa y no la superficie lisa más ó ménos abombada que constituye la bolsa de las aguas en aquellos casos. Cuando la insercion es escéntrica se encuentra esa masa esponjiosa en un lado y la bolsa amniótica en el resto.

Diagnóstico. Se distingue la hemorragia producida por la insercion de la placenta en el cuello uterino de la determinada por el desprendimiento de ese órgano, además de la fecha de la aparicion de ésta (que es en el momento del parto) en que en esta la hemorragia cesa á medida que aumentan las contracciones y en aquella por el contrario aumenta. Se diferencia de la ocasionada por la rotura del cordon umbilical en que ésta no se presenta hasta despues de rota la bolsa y ni cesa durante las contracciones uterinas ni se aumenta, ni disminuye despues, desapareciendo con la salida ó con la muerte del fétus.

Pronóstico. Esta lesion expone considerablemente la vida de la madre y la del fétus, obligando en ocasiones á anticipar el parto y exigiendo durante éste la intervencion del profesor.

Tratamiento. Las primeras hemorragias exigen la quietud, la tranquilidad de espíritu, la posicion horizontal, una alimentacion no excitante y el uso de algun ácido vejetal ó mineral. Si se repiten con frecuencia aumentando de intensidad y constituyendo á la mujer en un estado considerable de debilidad, no debemos titubear en hacer el tamponamiento que se opondrá á la pérdida y solicitará las contracciones uterinas acelerando el parto. Cuando éste se presente y la dilatacion ó dilatabilidad del orificio uterino sean considerables, se procederá á la rotura artificial de las membranas, si la insercion es periférica, y si central, yo nunca he dudado en introducir la mano derecha, tratar de despegar la placenta por un lado para romper la bolsa, penetrar en el huevo y practicar la version podálica, apresurando el parto todo lo posible, á fin de procurar la salvacion del fétus, cuya vida corre más riesgos áun que la de la madre; y si no logro despegar la placenta, no titubeo en romperla centralmente para realizar la version.

Esta fué la conducta que seguí en el primer parto que asistí, apenas licenciado en Medicina, sin tener el menor motivo en esta como en otras ocasiones, para arrepentirme de ella. Se han visto casos en que espontáneamente se ha desprendido toda la placenta, saliendo al exterior ántes que el fétus, y otros en que la cabeza de éste ha perforado expontáneamente tambien la placenta, saliendo á través de ella.

Creo escusado decir, que despues de salir el nuevo ser, es preciso solicitar la reduccion inmediata de la matriz, introduciendo la mano en ella si es preciso, comprimiéndola á través de las paredes abdominales, administrando el cornezuelo de centeno, etc., etc.

LECCION XXXVIII.

Continúa el asunto anterior.—§ 4.° Vicios de conformacion, enfermedades y muerte del fétus.—§ 5.° Presentaciones de tronco. Indicaciones que ofrecen.

§ IV.

Vicios de conformacion, enfermedades y muerte del fétus.

Cuando traté de la estrechez pélvica manifesté que podia ser absoluta ó relativa, entendiendo por esta la falta de proporcion entre los diámetros de la pélvis y los del fétus, á pesar de ser aquellos normales, siendo por lo tanto los de éste los que son mayores que de ordinario.

Este exceso de volúmen del fétus puede ser general, y en la ciencia se registran casos de recien-nacidos que han pesado 14, 16 y áun 20 libras, encontrándose sanos y bien conformados, ó el exceso de volúmen afecta únicamente á la cabeza ó sólo al tronco, es decir, á el diámetro bi-acromial. En el primero y segundo de estos casos, las indicaciones que se presentan son exactamente las mismas que en los de estrechez absoluta de la pélvis. Cuando el diámetro bi-acromial es el exagerado, lo cual depende del gran desarrollo de la cavidad torácica, puede ocurrir ó que la dificultad de engastarse los hombros en el estrecho superior se oponga á la salida de la cabeza (presentaciones de cara ó de vértice), ó que fuera ya ésta de la vulva, el parto no se termine á pesar de las contracciones más

enérgicas, por el enclavamiento de los hombros. Si la presentacion es primitivamente de la extremidad podálica ó hemos venido á parar á ella por consecuencia de una version, sale la pélvis del fétus pero no los hombros, y la presion que sufre á causa de este retardo el cordon umbilical contra el márgen pélvico de la madre, determina su muerte.

Hé aquí la conducta que debe seguir el profesor. Si áun no ha salido la cabeza y puede rechazarse hácia arriba, seria preferible practicar la version podálica, arreglando luego nuestra conducta á lo que diré bien pronto. Si no es posible la version, se aplica el forceps y no consiguiendo nada con éste se practicará (hablando en sana moral y en conciencia) la pubiotomía, hallándose vivo el fétus, la craneotomía y en pos de ella la cefalotricia en el caso contrario, y despues de estas dos operaciones precisará áun otra tercera, á saber, la embriotomía propiamente dicha, rompiendo con las tijeras embriotomas los cartílagos costales ó las costillas y disminuyendo así el volúmen del torax del fétus. Si ha salido ya la cabeza, se introduce la mano derecha en la vagina y se procura cambiar la posicion de los hombros de manera á que su diámetro bi-acromial corresponda á uno de los oblícuos de la escavacion (que como se sabe pueden prestar algo), y luego al antero-posterior del estrecho inferior, pero esto despues de haber intentado pasar los dedos índice y medio en forma de gancho bajo el áxila que corresponda al sacro de la madre y tratar con ellos de desprender primero este brazo repitiendo luego lo mismo con el otro, tirando entónces de los dos brazos para desprender el tronco. Se ha aconsejado tambien en este caso la decolacion de uno ó de ambos brazos, pero me parece preferible á esto la seccion de las costillas, es decir, la embriotomía, como queda arriba indicado.

Si la presentacion es de nalgas, hay más facilidad generalmente de extraer el fétus, cuya extraccion puede favorecerse haciendo bajar los brazos y procurando desprender uno despues de otro (el posterior primero). Tambien entónces es más fácil la reduccion del volúmen del pecho del fétus si nos viésemos precisados á este extremo.

Mucha analogía tienen con estos casos los de ciertas enfermedades del fétus, como la hidrocefalia, el hidrotorax, la ascitis y ciertos tumores que se observan algunas veces en distintas partes del cuerpo del fétus.

Cuando existe la hidrocefalia hay que proceder sin vacilar á la craneotomía del modo que ya queda descrito; y digo sin vacilar, porque un fétus con un hidrocéfalo de nacimiento, es decir, con una enfermedad incurable casi siempre, no puede suministrarnos el menor motivo para vacilar entre esa operacion ó cualquiera de las otras que comprometen gravísimamente la vida de la madre.

Si se trata de una ascitis, será preciso si es considerable practicar la paracentesis con un trocart curvo como se indicó en otro lugar, y en una palabra, y para ahorrarme repeticiones, todas esas enfermedades del fétus que he citado son casi incompatibles con la vida extra-uterina y en su inmensa mayoría hacen arrastrar una existencia miserable por breve tiempo para fallecer de ellas; así pues, ántes que recurrir á la sinfisiotomía ó á la operacion Cesárea, se obrará en todos estos casos sobre el fétus disminuyendo su volúmen.

Muerte del fétus. Puede tener lugar ó durante el parto ó algun tiempo mayor ó menor ántes de que este se verifique. En el primer caso no ejerce una influencia notable sobre aquel, en el segundo sí, y por esto es por lo que creo muy oportuno ántes de tratar de esta in-

fluencia, exponer las causas y los signos por los que puede diagnosticarse.

Las causas de la muerte del fétus durante la gestacion son externas é internas. Entre las primeras figuran las heridas, las contusiones, las caidas sobre los piés ó sobre cualquiera otra parte del cuerpo, las presiones sobre el vientre. Las causas internas unas se refieren al fétus y otras á la madre. De las enfermedades del primero ó de sus accesorios, sus monstruosidades se encuentran entre ellas. Respecto á la madre hay una causa muy comun de muerte del producto de la concepcion y es ese estado de irritabilidad especial de la matriz que impide su dilatacion fuera de ciertos límites, llegado á los cuales empieza á contraerse la fibra muscular y á procurar la expulsion del producto. Las metritis crónicas son tambien muy abonadas para ello, así como tambien todas las otras causas que quedaron indicadas al tratar del aborto á donde tambien se manifestaron los signos que revelan durante la gestacion la muerte del fétus.

Diagnosticaremos durante el parto la muerte anterior del fétus, atendiendo al conmemorativo revelado por la parturiente, la cual nos dice que á consecuencia de la causa A ó B y en una época más ó ménos remota dejó de sentir los movimientos de la criatura, experimentando desde entónces al cambiar de decúbito en su cama, como si un cuerpo inerte cayese dentro del vientre hácia el lado en que se colocaba. Al mismo tiempo sentia un malestar considerable, poco apetito, sed, calofrios, presentimientos funestos y áun un verdadero estado febril. Si con estos antecedentes examinamos á la mujer, encontramos que el volúmen del vientre es menor del que le corresponde y tanto la aplicacion de nuestra mano como la auscultacion del vientre nos dá resultados negativos,

percibiéndose solo con la última el ruido de fuelle ó placentario. Por otra parte las contracciones uterinas son débiles é irregulares, el cuello uterino no presenta al tacto el calor que en otros casos, ni la bolsa de las aguas está turgente, rompiéndose desde los primeros dolores y dejando salir un líquido súcio teñido por el meconio y con un olor infecto que en cuanto se rompe la bolsa llega á hacerse muy pronto insoportable.

La muerte del fétus durante la gestacion es una causa de distocia en el parto, no porque como creian los antiguos la criatura sea activa en su nacimiento, sino porque en primer lugar esta muerte significa una lesion ó una alteracion cualquiera productora de ella; en segundo, porque con la falta de movimientos falta uno de los escitantes de las contracciones uterinas; en tercero, porque la contractilidad muscular se halla disminuida en el momento en que falta en el contenido de la matriz la circulacion y la vida; en cuarto, porque esta disminucion puede ser poderosa causa de hemorragias, y por último, porque la putrefaccion del fétus contribuyendo á los anteriores fenómenos, es tambien causa de un envenenamiento miasmático de la mujer que puede acarrearle la eclampsia ú otros accidentes durante el parto, y la septicemia en el puerperio.

Cuando la referida muerte ocurre en el trabajo del parto, se la reconoce tan sólo por la falta de movimientos activos y la no percepcion de los latidos del corazon á no ser que podamos llegar á tactar el cordon umbilical que se encontrará flácido y sin pulsaciones y flácida y como macerada cualquiera otra parte del fétus.

Siempre que tengamos que asistir en su parto á una mujer cuyo fétus esté muerto desde algunos dias, trataremos de reanimar su moral, aunque no ocultándole dicho accidente; la prescribiremos algunos caldos animales sus-

tanciosos y un sub-ácido como bebida usual, sopas y vino añejo; procuraremos que pase el mayor tiempo posible en la camilla y en cuanto el cuello uterino se halle dilatado no habrá inconveniente, siempre que la presentacion sea buena, en administrarle el cornezuelo de centeno para reanimar la contractilidad del útero, terminar cuanto ántes el parto y prevenir una hemorragia, sin perjuicio de socorrer cualquier accidente de la manera indicada al tratar de cada uno de estos.

§ V.

Mala presentacion del fétus.

La presentacion de cualquiera de los extremos del óvalo fetal es natural, y puede terminarse expontáneamente; pero cuando el fétus se presenta de tronco (atravesado como dicen las mujeres) no hay proporcion entre los diámetros de la parte presentada y los de la pélvis, y el parto expontáneo es imposible á no ser en casos muy raros y á costa de la vida del fétus y de sufrimientos considerables de la madre.

A la presentacion de tronco puede asignársele teóricamente multitud de posiciones, y así lo hicieron Solayrés, Baudelocque, Mauriceau, Smellie, etc., pero en la práctica todas esas presentaciones pueden reducirse á dos con dos posiciones para cada una de ellas. Es imposible, en efecto, comprender, dada la configuracion y diámetros de la matriz, la manera de contraerse las fibras del cuerpo de esa entraña, la configuracion y diámetros del tronco del fétus y el líquido en que sobrenada, que pueda existir una presentacion franca del dorso ó del torax, ó de las partes laterales del cuello, etc., cuando el parto propia-

mente dicho ha comenzado, es decir, cuando los dolores dilatantes han sustituido á los moscas ó preparantes. En este período, la práctica comprueba diariamente lo que más de 40.000 partos asistidos revelaron á Mme. La Chapelle, lo que 20.000 á Merrimann, etc. etc.; esto es, que todas las presentaciones de tronco pueden reducirse á dos de hombros (derecho ó izquierdo) con dos posiciones cada una, á saber: céfalo-ilíaca izquierda y céfalo-ilíaca derecha.

Pero dije ántes que la naturaleza se bastaba en algunos casos, aunque raros, para terminar el parto áun en estas presentaciones de tronco, y el mecanismo de este trabajo es sumamente curioso y no siempre el mismo. En efecto, el parto en estas presentaciones puede terminarse expontáneamente ó por evolucion ó por version, y de cada una de ellas voy á decir algunas palabras.

Evolucion expontánea. Las condiciones para que se verifique, son: considerable amplitud de la pélvis, poco volúmen del fétus, energía de las contracciones uterinas, dilatabilidad de las partes blandas.

La evolucion expontánea se verifica del modo siguiente: despues que las contracciones han dilatado el cuello uterino y que la bolsa que se forma se rompe derramándose la mayor parte de las aguas del amnios, empieza la matriz á ceñirse sobre el cuerpo del fétus y al hacerlo tiende á aproximar sus piés á la cabeza doblando el tronco; como hemos dicho que el fétus era pequeño, la pélvis ancha y las contracciones enérgicas, penetra el tronco así doblado en la escavacion siguiendo el diámetro trasversal de esta y ya en esta situacion ocurre, por ejemplo, que el brazo del lado correspondiente se ha quedado retenido contra el estrecho superior, y entónces sirviendo de centro de movimiento va paulatinamente

apareciendo en la vulva (y despues de verificarse un movimiento de rotacion que tiende á poner el diámetro cocci-occipital del fétus, aunque truncado, con uno de los oblícuos del estrecho inferior), el vacío, la nalga y la extremidad inferior, y convirtiéndose así la presentacion de tronco en presentacion de piés, no tarda en salir totalmente el fétus. Otras veces es una cadera del fétus la que quedando fija en el estrecho superior de la pélvis sirve de centro de movimiento, y la cabeza es lo que sale ántes que la extremidad podálica; pero aparte de la suma rareza de este mecanismo por las muchas dificultades que se presentan á su realizacion, es esencialmente mortal para el fétus, tarda mucho en verificarse y durante él los riesgos para la mujer son muy considerables. Cuando la extremidad que primero sale es la inferior, se llama la evolucion expontánea podálica, y en caso contrario evolucion expontánea cefálica.

La ciencia posee multitud de observaciones perfectamente detalladas y comprobadas de evoluciones expontáneas podálicas y áun algunos de la cefálica.

Version expontánea. Las condiciones para que tenga lugar, son: configuracion normal de la pélvis, volúmen no muy considerable y mucha movilidad del fétus, gran cantidad de líquido amniótico y contracciones uterinas no muy enérgicas ó contracciones parciales. En estas condiciones, y muy rara vez despues de la rotura de la bolsa de las aguas, caminando el parto con cierta lentitud, va el hombro abandonando el centro del estrecho superior y siendo sustituido poco á poco por un lado del cuello, la cara y por último el vértice si la version es cefálica; ó un vacío, una nalga y luego entrambas, si la version es podálica y del uno ó del otro modo el parto se convierte en natural y se termina expontáneamente y, lo que es áun

más halagüeño, conservándose la vida del fétus.

En las pocas veces que se ha visto la version expontánea despues de la rotura de la bolsa, se encuentran algunos en que despues de presentada la cabeza, el brazo que habia ya salido por la vulva ha permanecido colocado al lado de aquella, lo cual no es, sin embargo, un obstáculo sério al parto que tambien así se termina felizmente.

Fuera de estos casos raros, la naturaleza no basta á la terminacion del parto, y el partero necesita intervenir activamente practicando la version.

LECCION XXXIX.

Continúa el asunto anterior.—Versiones cefálica y podálica. Reglas para practicarlas.

La version es una operacion manual que consiste en colocar en el estrecho superior de la pélvis de la madre y en una posicion natural, una de las extremidades del óvalo fetal.

Como de esta definicion se deduce, la parte que se puede hacer venir al estrecho superior es unas veces la cabeza, y entónces la version se llama cefálica, y otras veces las nalgas ó los pies y la version recibe el nombre de podálica.

Hasta fines del siglo XVII solo se hacía la version cefálica, pues estaban creidos los parteros que la única presentacion natural era la de vértice, siendo Ambrosio Pareo el primero que aconsejó é hizo la version podálica, una vez demostrado que las presentaciones de nalgas, rodi-

llas y piés son tan naturales y se terminan tan expontáneamente como las de vértice. No es, sin embargo, raro en la práctica, ser llamados por matronas, para que corrijamos una presentacion de piés, despues de haber hecho ellas todos los absurdos que solo á la imaginacion de una matrona ignorante pueden ocurrírsele para corregirla (1).

La version puede hacerse por maniobras externas ó por la introduccion de la mano en la matriz.

Version cefálica.

Se halla indicada: primero, cuando por un exámen muy detenido se adquiere la seguridad de que el fétus se presenta de tronco, con tal de que sea ántes de la rotura de la bolsa de las aguas: segundo, en las posiciones desviadas de vértice, siempre que puedan reconocerse inmediatamente despues de la rotura de la bolsa. En el primer caso se hará la version por medio de ciertas maniobras exteriores; en el último introduciendo la mano en el útero.

Version cefálica por maniobras externas. Se hace acostar á la mujer del lado opuesto al en que esté la cabeza del fétus, colocando bajo su cuerpo una almohada dura para que le ofrezca un punto de apoyo durante los dolores. El profesor, situado en el lado de la cama correspondiente al decúbito que guarde la mujer, empuja

(1) Afortunadamente hoy se va mejorando considerablemente la instruccion de las matronas y si los tribunales de exámen tuviesen un poco de ménos consideraciones con su sexo, esa instruccion seria áun mayor, lo cual agradeceria mucho la humanidad por un lado, y por otro los médicos que nos horrorizamos generalmente siempre que somos llamados á intervenir en un parto asistido por alguna de aquellas.

con una mano la cabeza hácia el centro del estrecho superior, al mismo tiempo que con la otra trata de levantar la pélvis del fétus hácia el lado opuesto. Una vez conseguido el objeto, para lo que se debe operar en el intervalo de los dolores, trata de mantener la cabeza en la misma posicion, y para ello, mejor que usando vendajes, etc., se debe romper la bolsa de las aguas, suponiendo que está dilatado el cuello uterino. Desde que el líquido amniótico ha salido, la cabeza se encaja en la escavacion y ya es innecesario sostenerla.

No se debe intentar esta operacion sino en tanto las contracciones uterinas se han establecido y son regulares, siendo tambien una fuerte contra indicacion de ella todo cuanto pueda hacer necesario una terminacion rápida del parto, como la hemorragia, la eclampsia, la rotura de la vagina, síncopes, etc., etc.

Version cefálica por maniobras internas. Se practica en los casos de posiciones desviadas de vértice ó de cara, todo lo más cerca posible del momento en que se ha verificado la rotura de la bolsa. Para ella se coloca á la mujer como ya se ha dicho para los reconocimientos con el spéculum, ó para otras operaciones (sinfisiotomía, craneotomía, etc. etc). El profesor elige la mano que introducida en la matriz entre la abduccion y la adduccion, corresponda por su cara palmar á la cara del fétus (es decir, en las posiciones de la presentacion de vértice, occipito-anterior, occipito-cotiloidea derecha y occipito-sacro-ilíaca derecha la mano derecha y en las otras posiciones de la misma presentacion la mano izquierda: en las posiciones mento-sacra, mento-cotiloidea izquierda y mento-sacro-ilíaca izquierda de la presentacion de cara, la mano derecha y en las otras la izquierda). Una vez hecha la eleccion de la mano, se introduce ésta prévia-

mente engrasada por su cara externa con los dedos estendidos, pero con sus extremidades aproximadas (á fin de que presente ménos volúmen), por la vagina y al tropezar con la cabeza del fétus se trata de abrazar la cara de éste con la cara palmar de la mano, para lo cual se continúa el movimiento de introduccion de ésta, pero procurando que sea entre la barba del fetus y la pélvis de la madre. De este modo obligamos á la cabeza á reemplazar la extension que tenia, si se trataba de la presentacion de cara, con la flexion que caracteriza á la de vértice y al mismo tiempo la colocamos de manera que el diámetro tráqueo-bregmático corresponda al eje del estrecho superior de la pélvis. Si la presentacion era de vértice, una vez cogido el fétus por la cara, nos limitaremos á hacer este último movimiento. Acto contínuo esperamos con la mano introducida en la vagina, pero sin abrazar con ella la cara del fétus, sino solo sujetando con la punta de los dedos á la cabeza en la situacion que le hayamos dado, á que sobrevengan dos ó tres dolores, y cuando trascurridos estos vemos que todo sigue tal como lo habiamos puesto, abandonamos á la naturaleza (si no hay alguna otra indicacion especial) el trabajo de expulsion.

Está de más advertir que no intentaremos esta operacion si se necesita por cualquier motivo terminar rápidamente el parto, así como tampoco cuando trascurrido mucho tiempo despues de la rotura de la bolsa de las aguas, la cabeza se encuentra fuertemente encajada en la escavacion.

Version podálica.

Es la que más frecuentemente se usa y aquella cuyas indicaciones son mas extensas.

Consisten estas:

1.° En las presentaciones de tronco.

2.° En las posiciones desviadas de cabeza cuando no han tenido éxito las tentativas de version cefálica.

3.° En la insercion viciosa de la placenta en el cuello uterino.

4.° Siempre que por cualquier motivo precise terminar prontamente el parto. (Aquí están comprendidos la mayoría de los fenómenos incluidos en la distocia accidental).

No se procederá, sin embargo, á practicarla en las condiciones siguientes:

1.ª En los casos de estrecheces de la pélvis por bajo de 4 pulgadas, á no ser que se trate de la pélvis oblícua de Nœgele ó que la estrechez esté limitada al diámetro antero-posterior del éstrecho inferior.

2.ª Cuando hay rigidez ó contractura del cuello uterino ántes de vencerla con los medios apropiados.

3.ª Si hace muchas horas que se ha roto la bolsa de las aguas y no solo la cabeza está fuertemente encajada en la escavacion, sino la matriz reducida sobre el cuerpo del fétus.

Cuidados preliminares. Una vez decidida la version se preparará lo siguiente: cerato ó manteca sin sal, cintas, dos ó tres tohallas, agua caliente y fria, una pluma de ave, un tubo laríngeo, cordonetes y tijeras. Se colocará á la mujer como para la sinfisiotomía y se procurará el profesor dos ó tres ayudantes que podrán serle de suma utilidad.

Antes de la operacion se vaciarán la vejiga y el recto.

Reglas generales para la version. La version consta de tres tiempos principales, á saber: introduccion de la mano, evolucion del fétus y extraccion del mismo.

Primer tiempo. Se elige aquella mano que en la posicion en que se encuentre el fétus, corresponda en la situacion ordinaria de entre la pronacion y la supinacion á su plano anterior y lugar en que se hallan los piés. El profesor se despoja de su gaban ó levita y deja desnudos la mano, el antebrazo y parte del brazo elegidos, quitándose tambien cualquier sortija que pueda tener y cuidando que sus uñas no estén cortadas de moda; se engrasa la cara dorsal de la mano y todo el antebrazo, y reuniendo los dedos de aquella para darle la figura cónica, la introduce en la vagina en el intervalo de los dolores, aunque A. Dubois aconsejaba lo contrario: se sigue hasta llegar al cuello uterino y si este se encuentra dilatable pero no dilatado, se introducen dos ó tres dedos por su orificio y luego los demás á fin de forzar su dilatacion. Una vez llegados aquí, si la cabeza está encajada se la lleva con alguna fuerza por cima del estrecho superior, y tanto de una manera como de otra nos encontramos ya en el interior de la matriz. Sin embargo, si al llegar á su cuello todavía la bolsa de las aguas está intacta, cuidaremos de no romperla sino en el intervalo de los dolores y de introducir inmediatamente la mano para que sirviendo nuestro antebrazo como de tampon se oponga á la salida de las aguas.

Segundo tiempo. Acto contínuo recorremos con la mano todo el plano anterior del fétus hasta dar con los piés que procuramos coger, introduciendo el índice entre sus dos maleolos internos y abrazándolos uno con el pulgar y el otro con lo restante de la mano y una vez teniéndolos bien asidos tiramos de ambos á la vez en el sentido de el plano anterior del fétus y los hacemos pasar por el estrecho superior de la pélvis y la escavacion de manera que los calcáneos correspondan á una de las extremida-

des de los diámetros oblícuos de aquella y con especialidad á las anteriores. Si á pesar de intentarlo varias veces sólo damos con un pié, nos apoderamos de él, y con él hacemos la evolucion, cuidando en cuanto lo hagamos venir á la vulva de sujetarlo con un lazo que confiamos á un ayudante, pudiendo entónces y sirviéndonos de guia la extremidad hallada ir á buscar la otra, y enganchándola por la ingle con los dedos índice y medio á manera de gancho ó en último resultado con un gancho romo, hacerlo salir tambien.

Tercer tiempo. Si ningun accidente por parte de la madre obliga á terminar pronto el parto ó no abrigamos temor alguno por la vida del fétus, debe suprimirse el tercer tiempo de la operacion y abandonar la expulsion á los esfuerzos de la naturaleza, pero en caso contrario y tras unos breves momentos de descanso y aprovechando entónces las contracciones uterinas, se envuelven las extremidades del fétus en una sábana ó tohalla y se tira de ellas, procurando hacerlo primero de la que corresponde detrás del púbis de la madre. Una vez llegadas las nalgas á la vulva, se introduce un dedo á buscar la insercion umbilical del cordon y si se la halla tirante se procura aflojarla haciendo algunas tracciones sobre su extremidad placentaria. La nalga posterior es la que primero debe desprenderse, y siguiendo luego la otra, puede ocurrir que despues de salir todo el tronco, la cabeza ha permanecido en su flexion ordinaria y entónces tambien se desprende con facilidad suma de la manera indicada al tratar de la presentacion de nalgas, ó se ha extendido y para subvenir á este accidente hay que recurrir como cuando es primitiva esta presentacion á introducir los dedos índice y medio en la boca del fétus ó colocar uno sobre cada fosa canina y tratar de realizar con las tracciones

que hagamos el movimiento de flexion á que se alude, ó en último resultado á procurar la salida ya elevando considerablemente sobre el vientre de la madre el tronco del fétus, ya recurriendo á la aplicacion del forceps.

En los casos que haya una ligera desproporcion entre los diámetros de la cabeza y los de la pélvis, habrá que recurrir tambien á dicho instrumento y áun si con él nada se consigue á la craneotomía.

Cuando al salir las nalgas del fétus se encuentra que cabalga en el cordon umbilical, se hará alguna traccion de éste para formar un asa capaz de dejar pasar uno de los miembros inferiores y poder ser colocada hácia la parte posterior de la madre, y si la compresion del referido fuese considerable é imposible de vencer, vale más, siempre que no haya desproporcion alguna en la pélvis, cortar el cordon á alguna distancia de su insercion umbilical y terminar cuanto ántes el parto.

Una vez terminada la operacion y cortado y ligado el cordon umbilical, se abandona la expulsion de la placenta á la naturaleza, á ménos de que se presente alguna indicacion especial.

Despues de extraida la criatura, es muy frecuente encontrarla en un estado de asfixia, teniendo que acudir en seguida á su socorro, y por esto es por lo que aconsejaba yo entre los cuidados preliminares preparar agua fria y caliente, una pluma con barbas, un tubo laríngeo, etc.

LECCION XL.

Continúa el asunto anterior.—Version podálica. Reglas especiales para las diversas presentaciones. Dificultades que pueden presentarse.

Reglas especiales para las diversas presentaciones. Estas versan sobre la eleccion de la mano y sobre pequeñas modificaciones de detalle. Como regla general he dicho que debe elegirse la mano que en un estado intermedio á la abduccion y la adduccion corresponda naturalmente por su palma al plano anterior del fétus. Hagamos ahora aplicaciones de esta regla al mismo tiempo que se expongan las modificaciones á que arriba se alude.

PRESENTACION DE VÉRTICE.—A.—*Posiciones occipito-anterior, occipito-cotiloidea derecha y occipito-sacro-ilíaca derecha.* Se usará la mano derecha; al empujar la cabeza hácia arriba se la alojará en la fosa ilíaca derecha de la mujer y se procurará establecer respectivamente una posicion calcáneo posterior, calcáneo sacro-ilíaca izquierda ó calcáneo cotiloidea izquierda.

B.—*Posiciones occipito-posterior, occipito-cotiloidea izquierda y occipito-sacro-ilíaca izquierda.* Se prefiere la mano izquierda, se lleva la cabeza á la fosa ilíaca izquierda, y las nuevas posiciones serán las calcáneo-anterior, calcáneo-sacro-ilíaca derecha ó calcáneo-cotiloidea derecha.

PRESENTACION DE CARA.—C.—*Posiciones mento-púbica, mento-cotiloidea derecha y mento-sacro-ilíaca de-*

recha. Como en A, tanto en la eleccion de la mano como en la terminacion de la evolucion.

D.—*Posiciones mento-sacra, mento-cotiloidea izquierda y mento-sacro-ilíaca izquierda.* Como en B.

Presentaciones de tronco. Si la presentacion es de hombro derecho se elegirá la mano derecha, sea cualquiera la posicion y vice-versa. Algunos aconsejan valerse de la mano derecha en la primera posicion de hombro izquierdo (cefalo-ilíaca izquierda) y de la izquierda en la segunda de hombro derecho (cefalo-ilíaca derecha) con el objeto de evitar ciertos movimientos de pronacion y de supinacion forzados que serian preciso en otro caso, pero á mí me parece más conveniente usar de la mano derecha, ó sea la más diestra, en todas las presentaciones de hombros, teniendo en cuenta que dichos movimientos forzados nada importan para una mano hábil, y vale más obrar con seguridad en todos los casos, que sacrificar esta alguna vez en áras de un excesivo reglamentarismo.

Entre los varios obstáculos con que se tropieza á veces al practicar la version, ninguno tan difícil de vencer como la retraccion excesiva de las paredes del útero sobre el cuerpo del fétus. Cuantos se han dedicado algo á la práctica de los partos se habrán encontrado en mil circunstancias precisados á hacer una version y tener que desistir de ella despues de introducir primero una mano y luego la otra y de retirarlas ambas completamente adormecidas por efecto de la dicha contraccion que nos quita las fuerzas y el tacto y nos impide hacer la evolucion del fétus. Esto ocurre muy principalmente cuando un error de diagnóstico ha hecho administrar el cornezuelo de centeno, lo cual no es raro entre nuestras matronas que en su bolsa portátil suelen llevar cierta cantidad de dicho

medicamento en polvo, del cual hacen uso en cuanto ven que se retarda algo el parto, sin meterse á averiguar la causa. En estos casos hay que apelar á los semicupios templados de larga duracion, á la sangría del brazo llevada hasta el síncope como quiere Dewees, á los opiados en enemas ó al interior; y se han aconsejado tambien las inhalaciones de cloroformo áun cuando los resultados de estas parecen haber sido contradictorios, conviniendo los tocólogos de más nota en que para obtener del cloroformo una accion sedante sobre la fibra uterina, es preciso llevar muy adelante la anestesia y esto tiene gravísimos riesg os.

Cuando al emprender la version encontrásemos una mano asomando á la vulva, nos apresuraremos á reconocerla para ver si es derecha ó izquierda y por su posicion inducir hácia donde tiene el fétus la cabeza, y hecho esto la sujetaremos con un lazo que fiaremos á un ayudante, impidiendo así que al verificarse la evolucion pueda ascender y llevarse á los lados de la cabeza. Con horror recuerdo que no es la primera vez que en un caso de esta especie se ha desarticulado estúpidamente el brazo, y lo que es áun más grave, ha nacido vivo el fétus para echar en cara á cada momento á el *ejecutor* su ignorancia.

Al salir el fétus quedan alguna vez cruzados los brazos por detrás de la nuca y este cruzamiento es producido por haberse elevado primero en totalidad á la altura de la cabeza y entónces al reconocerlo notaremos muy separados entre sí los dos ángulos inferiores del omóplato; ó se verifica de arriba abajo como consecuencia de una especie de movimiento de torsion sufrido por el tronco al que no han acompañado los brazos que suelen quedarse entónces por cima de los púbis. (En este caso los ángulos inferiores de los omóplatos se hallan muy aproximados). Para des-

cruzar los brazos se introduce la mano derecha y se les hace seguir en sentido inverso el mismo movimiento que ellos debieron seguir al cruzarse y por esto es por lo que debemos tener en cuenta las dos maneras indicadas de verificarse el cruzamiento: generalmente sacaremos primero el brazo que corresponde á la parte posterior de la mujer y si áun despues de hecho esto es difícil estraer el otro, se dá al tronco del fétus un movimiento de rotacion sobre su eje longitudinal, que dé por resultado traer el occipucio y la extremidad indicada hácia la concavidad del sacro de la madre, con lo cual se facilita dicha operacion.

Nada digo de otros inconvenientes con que podemos tropezar al hacer la version (rigidez y contractura del cuello uterino, brevedad ó rotura del cordon umbilical, vueltas de este al cuello, insercion viciosa de la placenta, etc. etc.) porque ya se ha tratado de ellos en diferentes lugares de esta obra y áun de algunos con referencia á la version misma y nada ofrecen de particular en estos casos.

LECCION XLI.

Continúa el asunto anterior.—§ 6.° Posiciones desviadas. Indicaciones que presentan.—§ 7.° Presentaciones complicadas. — Operaciones tocológicas instrumentales no cruentas.—Forceps. Sus indicaciones y puntos á que debe aplicarse.

§ VI.

Posiciones desviadas.

Dije en su lugar oportuno que el parto puede terminarse expontáneamente, es decir, merced á los solos esfuerzos de la naturaleza en las presentaciones de vértice, de cara ó de pélvis, pero aludia tanto al hacer esa indicacion como al explicar el mecanismo de cada una de ellas, á las presentaciones francas, esto es, á aquellas en que el centro de la parte presentada corresponde al centro del estrecho superior. No es esto lo que ocurre siempre. En algunos casos, merced á inclinaciones de la matriz; á haber hecho la mayor parte del trabajo del parto en pié una mujer multípara; á reconocimientos torpemente hechos, etc.; la parte presentada se desvía de su situacion normal y en vez de estar el vértice, la parte media de la cara ó la de la pélvis del fétus correspondiendo al centro del estrecho superior, lo verifica la nuca, una oreja, una nalga, etc. Estas son las llamadas posiciones viciosas, irregulares ó desviadas, nombre que se da tambien á las

producidas por anomalías en los movimientos que debe practicar el fétus para nacer.

Las posiciones desviadas pueden ser, pues, de vértice, de cara ó de pélvis.

Las posiciones desviadas de vértice, son: la posterior ó de nuca y las laterales derecha é izquierda; y no se incluye la anterior, pues esta (que es más frecuente que las otras) constituye, á poco que se exajere, la presentacion de cara. Todas estas desviaciones son debidas á una anomalía en el primer tiempo del parto, ó sea en el de flexion de la cabeza, y la mayoría se corrige expontáneamente durante el de encajamiento y más principalmente en el de rotacion interna, suponiendo la pélvis bien conformada y en justa proporcion con la cabeza y las contracciones uterinas suficientemente enérgicas; pero cuando esta correccion no ocurre, el parto se hace muy difícil y áun en ocasiones imposible expontáneamente.

La posicion de *nuca* se reconoce en que el dedo que practica el tacto puede recorrer la fontanela posterior ó triangular, la sutura lambdóidea y la parte posterior del cuello del fétus.

Las posiciones laterales ó temporales se reconocen por la oreja, el ángulo de la mandíbula inferior y el tubérculo parietal, fáciles de distinguir por el tacto.

En ocasiones, como indiqué más arriba, existe una anomalía en los diversos tiempos del parto que ocasiona una posicion irregular. Cuando esta anomalía consiste en cambiarse el movimiento de flexion de la cabeza en extension, tenemos la presentacion de cara, pero cuando hecha la flexion y el encajamiento, falta completamente el movimiento de rotacion interior, como sucede algunas veces, tenemos ó la *posicion occipito-posterior con el vértice en la escavacion*, si la falta de dicho movimiento ha sido

absoluta, ó la *posicion occipito-trasversal del vértice en el estrecho inferior* si el movimiento se ha ejecutado á medias. En uno y otro caso hay que suplir á la naturaleza; en el primero con el forceps, en el segundo con la mano ó con dicho instrumento.

Cuando se usa del forceps para traer el occipucio hácia delante, hay que operar en dos sesiones con veinte ó treinta minutos de intervalo, pues si se hace en una sola sesion, la torsion que sufre el cuello es tan considerable que por sí sola constituye una poderosísima causa de muerte del fétus, lo cual no tiene efecto obrando del otro modo, pues descansando despues de verificar la mitad de la rotacion se da tregua á la naturaleza para que determine un movimiento del tronco del fétus en consonancia con el de torsion que ha sufrido su cuello, pudiendo de este modo nacer vivo.

La aplicacion de la mano en la *posicion occipito-trasversal del vértice en el estrecho inferior* se hace eligiendo la derecha que se introduce en la vagina, procurando deslizarla despues de abrazar con su palma la cabeza por bajo de la parte inferior de la mejilla, introduciendo los dedos índice y medio en la boca, haciendo punto de apoyo con ellos sobre uno de los lados del árcade alveolar superior y la rama correspondiente de la mandíbula, obligando con un fuerte movimiento de pronacion del antebrazo á girar el occipucio hácia adelante y ser colocado bajo el árcade púbica. Sin embargo, si no se obtiene resultado se apelará tambien en este caso al forceps.

En la presentacion de cara pueden tambien encontrarse posiciones desviadas que son la frontal ó las malares, segun que sean la frente ó uno de los pómulos quien se presente al centro del estrecho superior. Estas desviaciones son corregidas casi siempre por la naturaleza du-

rante el período de encajamiento, y en caso contrario, es decir, cuando despues de cuatro ó seis horas de rota la bolsa de las aguas la desviacion subsistiese, entónces hay que proceder á la reduccion manual, para la que abrazando toda la cara del fétus con la palma de la mano derecha se la coloca en su posicion normal; ó á la version podálica si todavia es posible; ó por último, á la aplicacion del forceps.

Cuando en una posicion cualquiera de la presentacion de cara falta el movimiento de rotacion interior y encontrándose ya aquella en el estrecho inferior el menton se halla hácia atrás, la terminacion espontánea del parto es imposible, y nuestra intervencion por tanto indispensable. Entónces hay que aplicar el forceps y traer con este instrumento el menton bajo el árcade púbica, lo cual supone una torsion considerable del cuello que exige ser hecha en dos veces si hemos de mirar algo por la vida del fétus, aunque no siempre podremos conservarla. Para hacer este movimiento giratorio de una sóla vez con el menor riesgo posible se ha empleado el forceps pequeño y recto de Smellie, con el cual Paul Dubois y otros tocólogos no ménos eminentes han logrado extraer algunos fétus vivos en estas ocasiones.

En la presentacion de pélvis tambien se encuentran desviaciones que consisten comunmente en corresponder una de las caderas ó el sacro al centro del estrecho superior. Cuando la naturaleza no corrija esta desviacion, procederá á ello el profesor buscando y extrayendo los piés, valiéndose en algunos casos de engancharlos con los dedos índice y medio de la mano derecha por la ingle. En ocasiones se sustituirán los dedos con un gancho romo.

§ VII.

Presentaciones complicadas.

En otro lugar se ha hablado de la procidencia del cordon umbilical que complica algunas veces las presentaciones de cualquiera de las dos extremidades del óvalo fetal; pero además de esta complicacion y de las que ofrecen ora ciertas disposiciones del fétus ó de la madre, ora determinados accidentes, existen otras que consisten en procidencias de las manos ó de los piés.

Estas procidencias se observan generalmente en la presentacion de vértice, sin embargo de que las de las manos ha sido hallada tambien en la de la cara y Cazeaux refiere un caso en que una posicion mento-ilíaca izquierda se complicó con una procidencia del pié izquierdo, en la que despues de tres tentativas infructuosas de aplicacion del forceps hubo que recurrir á la craneotomía.

Tanto, pues, en la presentacion de vértice como en la de cara, pueden encontrarse procidentes una ó las dos manos ó brazos y uno ó ambos pies. El profesor en estos casos debe tratar de reducir cuanto antes la procidencia en el intervalo de los dolores, manteniéndola reducida durante dos ó tres de estos para ver si engastándose más y más la cabeza, persiste la reduccion. Si estas tentativas resultaran inútiles y tanto la conformacion de la pélvis como la dilatabilidad de las partes blandas fueran completamente satisfactorias, puede esperarse que la naturaleza termine felizmente el parto, estando, sin embargo,

prontos á aplicar el forceps, si nuestras esperanzas tardasen cuatro ó seis horas despues de la rotura de la bolsa de las aguas, en realizarse. Pero por poca estrechez que exista en la pélvis y cierta rigidez en las partes blandas, será preciso recurrir á la version podálica si todavía puede rechazarse la cabeza hácia la matriz, ó al forceps en caso contrario, sin que sea muy de estrañar que no se consiga cosa alguna con este instrumento y tengamos que apelar á la craneotomía.

Por mí parte hé aquí la conducta que me parece preferible. Si la presentacion es de vértice, la procidencia de una ó de ambas manos y la mujer ha tenido otros partos con toda felicidad, se trata de reducir la procidencia y consígase ó no, se abandona á la naturaleza la terminacion del parto. En todas las demás circunstancias creo se debe proceder á la version podálica en el momento en que se comprueba el diagnóstico y sin intentar siquiera la reduccion de la procidencia, y esto con mucha más especialidad si la presentacion es de cara, pues sabido es que ésta ofrece más dificultades para la feliz terminacion que la de vértice. Cuando no se consiga practicar la version, claro es que habrá que recurrir á la aplicacion del forceps, sin disminuir ántes el volúmen de la cabeza ó disminuyéndolo.

Operaciones tocológicas instrumentales no cruentas.

En las operaciones instrumentales no cruentas que se practican en el arte de los partos se obra sobre el fétus por más que los riesgos que ocasionan se comparten entre este y la madre y áun quizás corresponden en mayor número á ésta que aquel. Dichas operaciones consisten en

la aplicacion del forceps, la del retroceps, la de la palanca y la de los ganchos romos.

De todas ellas hablaré sucesivamente.

Del Forceps.

La invencion del forceps se atribuye á los árabes, pues parece indudable que en tiempos de Avicena y de Albucasis se usaba una pinza para extraer el fétus en determinados casos, pero sólo se aplicaba cuando éste se hallaba muerto y además se ignora cómo estaba construida esa pinza. Es, sí, indudable, que la familia de los Chamberlain estuvo explotando mucho tiempo un instrumento que se ha considerado como el forceps primitivo, y segun Mauriceau llegó á ganar con él una renta de más de 30.000 francos y uno de sus individuos marchó á Paris en 1670 á vender el secreto, lo cual no pudo conseguir porque queriendo extender considerablemente las indicaciones del instrumento, no obtuvo éxito alguno en ciertos casos de estrechez pélvica que se le propusieron.

Sin embargo, el forceps de los Chamberlain más ó ménos modificado, fué dado á conocer por Butler, Chapmann, Palfin (*las manos* de Palfin fueron consideradas por mucho tiempo como el forceps primitivo y Palfin por lo tanto como su inventor) etc., etc. Pero en 1747 Levret dió á conocer su forceps en cuya construccion habia seguido idéntico pensamiento que Smellie, el cual, sin embargo de haberlo estado usando algunos años ántes no dió á conocer hasta 1751 los dos suyos (uno muy corto recto y ligero para coger la cabeza en la escavacion y otro más largo y curvo con el que se pudiera llegar hasta el estrecho superior), llevándose por tanto Levret toda la gloria de la invencion.

A partir de esta época se declaró un verdadero furor de imaginar modificaciones al forceps hasta el punto de que en la actualidad se conocen cerca de doscientos distintos; pero afortunadamente el tipo del instrumento de Levret se ha conservado y éste á muy poca diferencia y el recto de Smellie, puede decirse que son los que casi exclusivamente se usan.

El forceps de Levret consiste en una pinza de largo de 20 pulgadas (0,^{m} 46) compuesta de dos ramas que se llaman derecha é izquierda y cada una de las cuales consta de tres partes á saber: cuchara, mango y articulacion. La cuchara es la parte destinada á coger la cabeza del fétus; tiene de longitud algo más de la tercera parte de la rama y una anchura de 2 ¼ pulgadas (0,^{m} 054); se encuentra fenestrada en toda su longitud, lo cual permite que se introduzca en la abertura el tubérculo parietal y hace además más ligero el instrumento. Presenta dos curvaturas, una en su plano con la convexidad á la parte que corresponde afuera y otra en el sentido de su longitud que representa casi exactamente la del eje de la pélvis. El mango cuya longitud es de cerca de los dos tercios de la rama, es recto y se termina encorvándose hácia fuera y formando un gancho de los que el de un mango es romo y dispuesto casi en ángulo recto y el del otro agudo y más encorvado, si bien por medio de una oliva metálica que se le atornilla se convierte tambien en romo. En casi toda la longitud del mango hay ciertas asperezas para que preste más fácil sujecion. La articulacion está dispuesta de manera que una de las ramas presente en el punto de union de el mango con la cuchara un tornillo en forma de clavo y la otra una escotadura semi-circular destinada á rodear el tornillo el cual la fija con su cabeza por medio de algunas vueltas que se le imprimen. En el de Levret el cla-

vo y la escotadura estaban reemplazados por un eje y una mortaja longitudinal. La rama que lleva el tornillo se ha llamado rama macho y la que presenta la escotadura rama hembra: tambien se les ha designado con los nombres de ramas izquierda y derecha, entendiéndose comunmente por izquierda aquella cuya cuchara se aplica generalmente al lado izquierdo de la mujer y cuyo mango, por lo tanto, al cruzarse con el otro corresponde á el lado interno del muslo derecho de la misma, y vice-versa la otra rama.

Este es el forceps que se usa generalmente, bien con la articulacion propuesta por Levret, bien con la otra que he indicado y que pertenece á Bruninghausen, bien con la de Tarsitani, en la cual el clavo traspasa de parte á parte á la rama macho y permite la articulacion de la hembra por arriba ó por abajo, etc., etc. En el ideado por Smellie para cuando la cabeza está casi en el estrecho inferior, las cucharas no tienen la curvatura longitudinal sino sólo la lateral, el mango es corto y de madera forrada de cuero y la articulacion es una superposicion de las ramas al cruzarse, que es muy fácil de hacer y de mantener su jeta.

El leniceps de Mattei es un forceps de Levret, en el que las cucharas terminan en un vástago metálico corto que las fija á distintas escotaduras de un mango trasversal y por lo tanto permite aproximarlas más ó ménos. Puede manejarse bien hasta con una mano, pero hace una presa poco segura y comprime demasiado la cabeza del fétus.

Chassagny y Joulin han querido reemplazar con una fuerza mecánica la que debe emplearse para las tracciones que se hacen con el forceps, pero su idea no ha tenido éxito siendo por el contrario altamente reprobada por varios profesores entre ellos Bailly, así como la de Simpson,

quien por medio de un círculo de cuero humedecido aplicado fuertemente á la cabeza del fétus y una bomba aspirante adaptada al cuero y con la que hace el vacío, pretende extraer el fétus ó cuando ménos despegarle en una gran extension la aponéurosis epicránea, lo cual no es seguramente lo que Simpson se proponia, pero sí lo que conseguirá la mayoria de veces.

Las ideas de Chassagny y sobre todo de Joulin, cuyo aparato llamado *ayuda-forceps*, no exije como el de aquel un forceps particular, no merecen ese descrédito. En una memoria publicada recientemente por el distinguido catedrático de clínica de obstetricia de la Facultad de Granada, se hace una crítica muy juiciosa del aparato de Joulin, al que reserva para aquellos casos en que la falta de proporcion entre los diámetros de la cabeza del fétus y los de la pélvis de la madre, llega hasta 8 líneas (0,^{m} 015), (pues la reduccion que sufre la cabeza empleando la fuerza mecánica, es susceptible de llegar hasta esas 8 líneas), ó cuando el profesor carece del vigor necesario para poder desarrollar sin apoyo alguno en las tracciones que comunica al forceps, una fuerza de 94 libras ó 45 kilógramos marcados por la aguja del dinamómetro, fuerza que será preciso desarrollar como mínimun (1) en la mayoría de casos en que hay alguna estrechez, aunque muy poco considerable.

El aparato de Joulin consiste en un travesaño macizo de metal que lleva un tornillo destinado á arrollar un lazo sugeto á él y que ha pasado ántes por las ventanas de las cucharas de un forceps de cualquier modelo aplicado á la

(1) Cuando no hay estrechez alguna y se trata solo de corregir, por ejemplo, una posicion desviada ó suplir á las agotadas fuerzas de la mujer, etc., basta desarrollar una fuerza de 5 á 8 libras en la traccion hecha con el forceps para extraer la cabeza del fétus, segun lo ha comprobado Kristeller.

cabeza del fétus. Un dinamómetro unido al aparato, indica la fuerza que se desarrolla. El aparato debe apoyarse en las tuberosidades ciáticas de la mujer, cuyos muslos se encuentran en flexion.

Indicaciones del forceps 1.ª En las estrecheces de la pélvis superiores á 3 ¾ pulgadas (0,m 085), ó cuando teniendo la pélvis las dimensiones normales, la cabeza del fétus es algun tanto voluminosa, siempre que á causa de la rotura de la bolsa de las aguas haya perdido ésta su movilidad.

2.ª En las posiciones desviadas de vértice y de cara.

3.ª En los casos en que habiendo salido el tronco del fétus se ha desdoblado la cabeza y nos ha sido imposible verificar su extraccion manualmente, de la manera que se indicó en el lugar oportuno.

4.ª En el enclavamiento de la cabeza, haya salido ó no el tronco.

5.ª En la brevedad del cordon.

6.ª En la resistencia excesiva del periné.

7.ª Cuando la mujer tiene casi agotadas sus fuerzas hallándose rotas las membranas, encajada la cabeza del fétus y no existiendo obstáculos al parto en las partes duras ni blandas.

8.ª Despues de practicar la sinfisiotomía y en muchas ocasiones una vez terminada la craneotomía y la cefalotricia.

Contra-indicaciones. 1.ª Estrechez de la pélvis por debajo de 3 ¾ pulgadas (0,m 085) á no ser despues de disminuir por otros medios el volúmen de la cabeza.

2.ª Presencia de la cabeza en el estrecho superior con movilidad notable. En estos casos muchos parteros

aconsejan, si se presenta un accidente que convierta en distócico el parto, hacer la aplicacion del instrumento de que trato, pero hay que tener en cuenta que entónces esta aplicacion es larga y difícil y por el contrario la version bastante pronta y fácil, y que á consecuencia de esto ha ocurrido muchas veces perder un tiempo precioso con el forceps y tener que recurrir luego á la version en peores condiciones á todas luces, que si se hubiera hecho desde un principio; así es que me parece muy razonable establecer en general esta contra-indicacion á pesar del consejo de Velpeau, que dice que en estos casos se preferirá el forceps si se sabe manejar perfectamente y se cree posible su aplicacion, acudiendo á la version en las circunstancias opuestas.

3.ª Rigidez y contractura del cuello uterino, antes de vencerlas.

Puntos á que debe aplicarse el forceps. Aunque Smellie aconsejaba aplicarlo á la pélvis del fétus, es difícil que en esta pueda hacer bien presa y cuando ocurre, es muy fácil fracturar con las presiones que hay que hacer con el instrumento los huesos y dislacerar las partes blandas, así es que debe establecerse como regla que *el forceps no se aplicará nunca más que á la cabeza*. Respecto á la parte de la cabeza en que debe colocarse, los franceses quieren que sea siempre á las partes laterales aunque estas se hallen dispuestas antero-posteriormente, y los alemanes prefieren colocarlo en direccion paralela á el eje de la pélvis de la madre, aunque de este modo cojan la cabeza del fétus por las dos extremidades del diámetro occipito-frontal. Esta última opinion es la que creo más acertada, pareciéndome muy difícil y muy expuesto para la madre aplicar un instrnmento que tiene una figura dada en una direccion completamente distinta y áun opues-

ta á la que marca dicha figura. Creo, pues, que solo el forceps pequeño de Smellie es el que puede colocarse de otra manera que en direccion paralela al eje de la pélvis.

LECCION XLII.

Continúa el asunto anterior.—Reglas generales para la aplicacion del forceps.—Reglas particulares.—Retroceps. Palanca.—Gancho romo.

Reglas generales para la aplicacion del forceps.

Advertida la parturiente de la operacion que va á hacerse, aunque ocultándole su importancia y riesgos (que se ha tenido gran cuidado de manifestar claramente á la familia, así como el de solicitar el concurso de otro ú otros profesores) se prepara lo conveniente que consiste en agua fria y caliente, manteca sin sal, cordonetes, tigeras, una pluma de ave con barbas, un tubo de asfixia, vino, dos ó tres sábanas ó tohallas y algunos decígramos de polvo de cornezuelo de centeno amen del forceps que se vaya á usar, del cloroformo si va á emplearse y de los ayudantes necesarios. Estos deben ser tres por lo ménos, á saber: dos para que sujeten los muslos de la mujer y fijen su posicion y otro para que dé las ramas al profesor, tenga la primeramente aplicada, sostenga á su tiempo el periné de la mujer y ayude en su caso á aquel en las tracciones algun tanto enérgicas que puede verse precisado á ejecutar.

Se coloca á la mujer como dije al tratar de la sinfisio-

tomía, es decir, como para la craneotomía, la cefalotricia, la version y todas las operaciones tocológicas con exclusion de la Cesárea. Se destinan los ayudantes como indiqué más arriba y el profesor colocado de rodillas ó sentado en una silla baja entre los muslos de la mujer, procede á la aplicacion. La primera rama que debe ponerse es la izquierda ó rama macho, para lo que perfectamente engrasada la cara externa de su cuchara y mojada con agua caliente á fin de que la parturiente no sienta el frio desagradable que produce el hierro, y untado tambien de grasa el dorso de la mano derecha, se introducen los dos dedos índice y medio de esta, ó lo que es preferible, los cuatro últimos por la vagina hasta llegar á tocar la parte lateral de la cabeza que corresponde al lado izquierdo de la mujer, y se colocan los dedos entre dicha parte del fétus y el cuello uterino. Cogida entónces la rama macho del forceps por su mango muy próximo á la articulacion y á manera de pluma de escribir y colocándola de modo que el referido mango mire al pliegue de la ingle izquierda de la mujer ó algo por cima, se introduce la extremidad de la cuchara en la vagina, cuidando de que su cara convexa mire á fuera y la curvatura longitudinal casi atrás y sirviendo de conductriz la mano, préviamente introducida, se le lleva de manera que penetre en la matriz entre ella y la cabeza del fétus, adosándose por su concavidad á la parte lateral de ésta. Una vez conseguido se baja el mango hasta tocar el periné, se le confia en esta posicion á un ayudante, se saca la mano introducida en la vagina y se procede á la colocacion de la otra rama para la que se siguen las mismas precauciones que para la primera, siendo entónces la mano izquierda la que sirve de conductor y la derecha la que sostiene la rama. Aplicada tambien la segunda, toma su mango el profesor con

la mano derecha y el de la rama macho con la izquierda y subiendo esta á tiempo que baja la otra y procurando en este movimiento no dislocarlas del sitio en que están, las articula. Acto contínuo se hace una ligera traccion con el forceps para ver si está bien colocado, lo que se conoce porque este movimiento no le ocasiona dolor á la parturiente, como sucederia si estuviera pellizcada alguna parte de ésta y el forceps no se desliza hácia fuera. Hay entónces que proceder, pues, á la extraccion.

Para esto coge el profesor el forceps de modo que su mano izquierda abraze por debajo la articulacion teniendo la extremidad de los dedos hácia arriba y mirando el pulgar atrás y la mano derecha abrazando los dos mangos cerca de los ganchos y dispuesta en sentido inverso. En seguida procura apoyar sólidamente los piés en el suelo, adoptando la postura en cuclillas, y empieza á tirar del forceps y por lo tanto de la cabeza, directamente hácia sí, de una manera contínua ó por movimientos laterales y aún de cuarto de círculo, aprovechando, si nada exije un parto rápido, el momento de los dolores ó contracciones uterinas. Es preciso no olvidar la direccion de los ejes de la pélvis para no hacer las tracciones en sentido opuesto y cuidar mucho en cuanto la cabeza se presente en la vulva de moderar las tracciones y hacer que un ayudante sostenga fuertemente el periné. En este último tiempo se levanta poco á poco el mango del forceps hácia el vientre de la mujer.

La extraccion del fétus con el forceps exije en ocasiones grandes esfuerzos y por esto ántes de comenzar las tracciones es bueno arrollar al mango del instrumento una servilleta ó tohalla á fin de que no se nos rebale de las manos ni nos lastimemos estas. Conviene tambien que un ayudante esté colocado detrás de nosotros y con los

brazos abiertos dispuesto á contenernos si al cesar la resistencia no hemos podido disminuir considerablemente nuestros esfuerzos, evitándonos así una caida que, cuando ménos, seria ridícula, y lo que es más de sentir y ha ocurrido alguna vez, que salgan rodando por el suelo el profesor por un lado y el fétus por otro, lastimándose ambos y rompiéndose el cordon umbilical y áun desprendiéndose de golpe la placenta con la produccion de la hemorragia consiguiente.

Durante esta operacion que los autores han dividido en tres tiempos que son. introduccion de las ramas, articulacion del instrumento y extraccion de la cabeza, pueden encontrarse varios obstáculos que desaparecerán seguramente teniendo en cuenta las siguientes precauciones.

Para el primer tiempo;

1.ª Es indispensable que los dedos conductores se situen entre la matriz y la cabeza del fétus, pues sin ello no se introduce bien la cuchara y es muy fácil pellizcar la primera.

2.ª La introduccion de las ramas debe hacerse gradualmente, deslizándolas mejor que empujándolas sobre la mano conductriz.

3.ª Jamás se tratará de vencer por la fuerza la resistencia que pueda presentar una rama á su introduccion. Si esta resistencia es mucha, vale más sacar la rama y empezar de nuevo su colocacion.

Para el segundo tiempo;

1.ª Durante la aplicacion de la segunda rama, se vigilará que el ayudante no lleve el mango de la primera hácia la línea media, pues además de que empujaria así la cabeza del fétus hácia el márgen opuesto de la pélvis y dificultaria considerablemente la introduccion de la se-

gunda, se saldria de su verdadera posicion y seria imposible articular entrambas.

2.ª Si convencidos de que las cucharas están bien colocadas á los lados de la cabeza del fétus, la articulacion de las ramas fuera difícil, tomaremos un gancho de los mangos con cada mano y empleando alguna fuerza trataremos de reunirlos y practicar aquella; pero si la resistencia fuera mucha, vale más renunciar á la articulacion y sujetar un mango á otro con un lazo fuertemente anudado, á no ser que veamos que la separacion de los mangos fuese excesiva y áun que no se corresponden bien, pues en estos casos vale más sacar la segunda rama y áun la primera y proceder de nuevo á su colocacion.

Para el tercer tiempo;

1.ª Se harán siempre las tracciones siguiendo la direccion de los ejes de la pélvis.

2.ª No se tirará del fétus á sacudidas sino las tracciones serán sostenidas, aprovechando los momentos de los dolores.

3.ª Si el profesor se encuentra cansado, vale más que confie á otro las referidas tracciones.

4.ª Jamás hará el operador punto de apoyo con un pié en la cama ni en otro mueble alguno, ni mucho ménos se quedará con uno al aire colgándose, digámoslo así, del instrumento. Los dos pies harán punto de apoyo en el suelo, para las tracciones se empleará la fuerza de los brazos y el profesor se situará de modo que pueda fácilmente ponerse de pié para los últimos movimientos que tiene que comunicar al forceps, que como he dicho, consisten en llevar su mango casi sobre el vientre de la mujer.

5.ª Cuando á pesar de algunos esfuerzos y tracciones la cabeza no obedeciese, se suspende la aplicacion, se

deja descansar á la mujer algun tiempo, durante el cual se rectifica el diagnóstico, investigando en qué consiste la dificultad para, ó renunciar completamente al forceps ó al colocarlo de nuevo hacerlo con más datos que nos hagan quizás modificar el modo de la aplicacion.

El Dr. D. Antonio Gomez Torres en la memoria á que hace poco me he referido, dá mucha importancia á la *expresion* (vis á tergo) usada primeramente por Kristeller en 1856 y que tanto emplean en la actualidad los alemanes como un poderoso auxiliar de la aplicacion del forceps indicado tambien en otros casos. Dicho profesor da al citado medio que consiste en apoyar ambas manos sobre el fondo y partes laterales del útero á través de las paredes del vientre, comprimiendo de una manera intermitente y de arriba abajo en la direccion del eje del estrecho superior, *exprimiendo*, digámoslo así, la matriz, las indicaciones siguientes:

«1.ª Cuando la *fuerza* es normal y la *resistencia* un poco exagerada (1) sobre todo si la oponen las partes blandas.

2.ª Cuando existe ligera desproporcion entre el fétus y el conducto.

3.ª Para auxiliar los esfuerzos de *traccion* en las aplicaciones de forceps y el tiempo de extraccion en las versiones podálicas.

4.ª Puede servir como escitante de la contractilidad uterina en casos de inercia y debilidad.» (2)

Esta *expresion*, cuyo eficaz auxilio he podido com-

(1) El Dr. Gomez Torres entiende por *fuerza* la accion de las causas eficiente y accesorias del parto, y por *resistencia* el fétus por una parte y por otra el conducto óseo membranoso que ha de recorrer á su salida.

(2) «Estudio sobre la fuerza y la resistencia en el trabajo del parto:» págs. 57 y 58.—1875.

probar en algunos casos, se confia generalmente á un ayudante inteligente, principalmente si hay que combinarla con la traccion en las aplicaciones de forceps.

REGLAS PARTICULARES SEGUN LAS DIFERENTES POSICIONES.

Muy pocas son las modificaciones á las reglas generales indicadas que exige la aplicacion del forceps en cada una de las diversas presentaciones. Sin embargo de ello voy á exponerlas.

PRESENTACION DE VÉRTICE. a.—*Posicion occipito-anterior.* Cuando el occipucio se encuentra hácia adelante, se hacen las tracciones con el forceps en la direccion de los ejes de la pélvis y cuando ya aquel se ha desprendido por bajo del ligamento sub-púbico, se dirige el mango del instrumento casi sobre el vientre de la madre á fin de verificar así el movimiento de extension de la cabeza.

b.—*Posicion occipito-posterior.* En ella hay que tener presente que el occipucio debe desprenderse el primero por delante del periné ó sea la comisura posterior de la vulva y que por lo tanto es grandísimo el riesgo de que haya desgarraduras perineales de más ó ménos extension: las tracciones se harán, pues, muy moderadas desde que empiece á verse que se abomba el periné y jamás llevaremos hácia arriba el mango del instrumento.

c.—*Posiciones oblícuas y trasversales.* En estas se aconseja aplicar el forceps de manera que cada tubérculo parietal del fétus se aloje en la ventana ó fenestra de la cuchara correspondiente, para lo cual hay que colocar el instrumento de modo que su curvatura longitudinal no sea paralela á los ejes de la pélvis y como de esta suerte las tracciones que practiquemos han de ser algun tanto peligrosas para la madre, de aquí nace el consejo de que

ántes de practicarlas se dé al forceps y á la cabeza comprendida entre sus ramas un movimiento de rotacion que haga corresponderse la curvatura y los ejes indicados. Los alemanes no se preocupan de la posicion de la cabeza del fétus para colocar el forceps, sino que siempre lo ponen como si dicha posicion fuera antero-posterior. En el caso de que se adoptase el proceder de los franceses, creo preferible en estas posiciones oblícuas ó trasversales el forceps pequeño de Smellie, en que como se sabe solo tienen las cucharas la curvatura en el sentido de su espesor, á no ser que la cabeza se hallase en el estrecho superior, si bien es verdad que entónces no es la aplicacion del forceps lo que creo indicado. Debo, sin embargo, hacer presente que en este último caso áun los mismos franceses aconsejan aplicar el instrumento con su curvatura longitudinal paralela á los ejes pélvicos, prescindiendo de si la cabeza se coje por las extremidades de su diámetro bi-parietal ó por cualquiera otra parte.

Presentaciones de cara. En la posicion mento-anterior se aplica el forceps como para las occipito-anterior y occipito-posterior, pero en las oblícuas (mento-cotiloideas y mento-sacro-ilíacas izquierdas y derechas) y en la mento-posterior, precisa colocar el forceps oblícuamente como en las correspondientes de vértice é imprimirle luego á la cabeza el movimiento de rotacion necesario para convertirlas en mento-anteriores. Hecho esto se tira de la cabeza primero adelante y un poco abajo para desprender el menton del púbis, y en seguida se lleva paulatinamente el mango del instrumento hácia el vientre de la madre para terminar con el movimiento de flexion de la cabeza la salida de ésta.

Ya he dicho en otro lugar que el parto no puede terminarse expontáneamente en la posicion mento-posterior,

así como la manera de subvenir á esta dificultad que no es otra que practicar con el forceps el movimiento de rotacion semi-circular de la cabeza que Tarnier aconseja hacer en dos sesiones con algun tiempo de descanso entre ellas, con el objeto de tratar de conservar la vida al nuevo ser, que se encuentra en estos casos gravemente amenazada. Hé aquí ahora el proceder de Tarnier. Este profesor, convencido de los graves inconvenientes, principalmente para el fétus, del movimiento de rotacion á que me he referido, propone cambiar la posicion de cara en la correspondiente de vértice, y para ello, suponiendo el fétus ya engastado en la escavacion, coloca á los lados de la cabeza el forceps, y una vez perfectamente cogida ésta, tira fuerte y directamente hácia atrás hasta conseguir que el occipucio descienda por bajo de los púbis, comportándose entónces como para la posicion occipito-anterior.

En esta posicion de la presentacion de cara á que estoy aludiendo, si nó tiene éxito cualquiera de los dos procederes indicados, hay que recurrir á la craneotomía y consecutivamente á la cefalotricia.

APLICACION DEL FORCEPS CUANDO EL TRONCO DEL FÉTU SE HALLA AL EXTERIOR. Se colocarán las cucharas como si se tratase de una presentacion de vértice, pero cuidando de ponerlas bajo el toráx del fétus y levantando fuertemente el cuerpo de éste hácia el lado en que se encuentre el occipucio. Las tracciones que se hagan tratarán de imprimir á la cabeza un movimiento considerable de flexion. Cuando el occipucio mire atrás, podrán aplicarse las cucharas bajo el plano dorsal del fétus, pero entónces es con el objeto de procurar á la cabeza un movimiento de rotacion que traiga el occipucio hácia delante.

Alguna vez habrá que aplicar este instrumento ha-

llándose la cabeza en el estrecho superior, á pesar de haber salido parte del tronco del fétus, y será cuando exista alguna estrechez en él y la cabeza completamente desdoblada se encuentra por cima.

Este caso ofrece dificultades inmensas: primero, porque el tronco rellena la vagina é impide la maniobra; segundo, porque á la altura indicada y con la estrechez aludida solo tocan las cucharas á la cabeza por sus extremidades, escapándose al hacer la más leve traccion; tercero, porque áun cuando todo esto se pudiera vencer, es sumamente difícil comunicar á la cabeza el movimiento exagerado de flexion que es necesario. Sin embargo de estos inconvenientes y áun con muy escasas esperanzas de lograr buen resultado, se deberá intentar la aplicacion del forceps en estos casos, siempre que el fétus se encuentre vivo, pues si estuviese muerto, preferible es recurrir á la craneotomía del modo que se indicó en su lugar oportuno, aunque ¡triste es decirlo! en la mayoría de ocasiones morirá el fétus en las tentativas que se hagan para extraerlo vivo y la craneotomía y la cefalotricia en pos de ella, serán entónces el único recurso.

APLICACION DEL FORCEPS HALLÁNDOSE LA CABEZA LIBRE EN LA MATRIZ POR CONSECUENCIA DE UN DESTRONCAMIENTO. Aprovechando en estos casos la movilidad de la cabeza, se introducirá la mano á fin de colocarla en la posicion más favorable, es decir, de modo que el diámetro mento-occipital esté en la direccion de los ejes de la pélvis; en seguida se confia á uno ó dos ayudantes la mision de sujetar la matriz lo más inmóvil posible en la línea media y se coloca el forceps como en las posiciones favorables de la presentacion de vértice. Las dificultades en este caso nacen de que á causa de la movilidad de la cabeza es fácil hacerle cambiar de direccion con una de las ra-

mas miéntras vamos á colocar la otra, y entónces ó puede adoptar una mala direccion que nos obligue á soltarla y aplicar el instrumento de nuevo, ó no cogiéndola bien se nos escapa al practicar las tracciones.

Retroceps.

Con este nombre ha descrito Hamon un instrumento que ha aplicado no sólo á los partos distócicos en los que pretende sustituir al forceps, sino en los partos eutócicos. Este instrumento se parece mucho al leniceps de Mattei, pues como él tiene dos cucharas estrechas y ligeras con un mango metálico recto que se une á otro mango trasversal, pero en el retroceps una de las ramas (la izquierda), tiene un tornillo que le permite sujetarse al mango en todas las posiciones posibles. Hamon quiere aplicar el instrumento de su invencion á la parte posterior de la cabeza, procurando hacer en ese punto presa lo más sólida posible y asegura que como no es preciso que la citada cabeza esté cogida en puntos diametralmente opuestos ni las tracciones hacerse en la direccion de los ejes de la pélvis, lleva muchas ventajas al forceps y puede aplicarse en casos en que éste no. Tambien en los partos eutócicos propone Hamon lo que ha llamado parto fisiológico artificial, que consiste en dilatar por fuerza el cuello uterino en cuanto tiene ya su orificio $1\frac{2}{3}$ pulgadas ($0,^{m}04$), romper las membranas, aplicar el retroceps y practicar cada cuatro ó cinco minutos tracciones metódicas de algunos segundos de duracion. El menor inconveniente de este proceder es aumentar sin necesidad los sufrimientos físicos y morales de la mujer.

En cuanto á la sustitucion del forceps por el retroceps Tarnier ha refutado cuantos argumentos en su apoyo ha-

bia expuesto Hamon, demostrando las incontestables ventajas del primero sobre el segundo, cuya adopcion, dice, haria retrogradar más de dos siglos á la ciencia, colocando á los tocólogos casi en la situacion en que se encontraban antes de la invencion del forceps. Seguramente en esa época el retroceps, que es un forceps imperfecto, hubiera sido un descubrimiento notable y producido mucho bien.

Palanca.

La invencion de este instrumento se atribuye á Roonthuysen, que lo conservaba como secreto, de quien parece pasó á Bruyn, hasta que en 1753 Vischer y Van de Poll compraron y publicaron el secreto. Velpeau pregunta si la palanca es algo parecida á el *uncus* de Celso ó si la cucharilla de los litotomistas dió la idea para su invencion.

La palanca, cuyo crédito fué inmenso en el orígen de su invencion y cuyas indicaciones eran estensísimas, cayó luego en un olvido que no merece por cierto, puesto que en muchas ocasiones presta indudables servicios. Tarnier, comparando este instrumento con el forceps, halla á éste superior como agente de traccion y preferible por tanto siempre que no haya disminucion en la extension de alguno de los diámetros de la pélvis ni enclavamiento de la cabeza, en cuyos casos la accion de la palanca que obra verdaderamente como una palanca de primer órden es más eficaz. Velpeau tambien era muy partidario de este instrumento y áun hizo construir uno especial.

La palanca que se usa generalmente consiste en una de las ramas del forceps recto de Smellie, más prolongada y con ménos curvatura que la que tienen las de este ins-

trumento. La de Velpeau es algo más corta, recta desde la extremidad del mango hasta como tres pulgadas de el extremo libre de la cuchara y ésta es más ancha que las ordinarias, de figura oval, con una curvatura mayor que la lateral del forceps. Esta curvatura que estiende las indicaciones del instrumento en los casos en que la cabeza está en la escavacion, es un obstáculo para poderlo aplicar cuando se halla ésta en el estrecho superior.

Indicaciones de la palanca. 1.ª En las posiciones desviadas de vértice y de cara.

2.ª En el enclavamiento de la cabeza en la escavacion, hállese el tronco dentro ó fuera de la matriz.

3.ª En las estrecheces pélvicas de cuatro pulgadas (0,^{m}93), tanto del estrecho superior, como del inferior ó de la escavacion.

Diré pocas palabras sobre cada una de estas indicaciones, pero antes manifestaré que para aplicar la palanca se coloca á la mujer como para todas las operaciones no cruentas de partos, se introduce la mano derecha en la vagina hasta llegar á poner los dedos entre la matriz y la cabeza y de una manera análoga á la indicada para el forceps, y sirviendo de conductor la mano, se la coloca de suerte que abrace por su concavidad el occipucio ó en determinados casos las partes laterales del cráneo. Hecho esto se toma el mango con la mano derecha y se hacen los movimientos necesarios para el objeto que nos proponemos. Esta aplicacion es la misma para todos los casos. Se elige para ella el intervalo de los dolores y se opera durante estos.

1.ª indicacion. Cuando la naturaleza no corrige las posiciones inclinadas de vértice ó de cara, se puede con la palanca colocada en el lado opuesto al de la desviacion corregir ésta, siempre que ésta sea la única indicacion

que haya que llenar. En este caso la palanca es preferible al forceps, porque es más fácil y de ménos riesgos su aplicacion. Pero cuando la posicion viciosa consiste en la supresion de alguno de los movimientos que practica la parte presentada en su salida de la pélvis, entónces nada conseguiremos con este instrumento.

2.ª Si la cabeza se halla enclavada en la escavacion en una presentacion de vértice ó de cara, la palanca con la que se abraza perfectamente el occipucio en cualquiera de los dos casos, es un recurso poderoso y su eficacia y sus ventajas sobre el forceps aumentan á proporcion que el enclavamiento está más alto. Respecto á este mismo enclavamiento una vez salido el tronco, circunstancia en que es difícil la aplicacion del forceps é ineficaz muchas veces, tambien la palanca presta grandes servicios.

3.ª Otro tanto digo de los casos de estrecheces de la pélvis. Tarnier, que ha experimentado en el cadáver de una mujer, cuya pélvis se habia hecho estrecha artificialmente la extraccion con el forceps de un fétus colocado en presentacion de vértice sin haber podido conseguir resultado alguno, sacándola luego con una *facilidad admirable* con la palanca, asegura las ventajas considerables de este instrumento en los casos á que aludo. Si la cabeza se encuentra áun en el estrecho superior, la indicacion de la palanca es áun mayor.

La palanca ha sido sustituida algunas veces, pero con evidente desventaja, por una de las ramas del forceps ordinario.

Gancho romo.

Este instrumento se usa poco en la actualidad, pues puede ser sustituido fácilmente con los dedos del partero.

Sin embargo, si nos encontrásemos en presencia de un enclavamiento de los hombros en una presentacion de cabeza, ó necesitásemos facilitar la salida de la pélvis del fétus en presentaciones de esta clase, y los dedos no fuesen bastante, recurriremos á los ganchos romos que consisten en un vástago de acero, fijo por una extremidad en un mango de madera ó de ébano y encorvado en arco de círculo por la otra que termina en una eminencia olivar.

Para usarlo se procura enganchar con los dedos índice y medio de la mano izquierda el áxila, la corva ó la ingle bajo que se va á pasar el instrumento y que siempre es la que corresponde á la parte posterior de la madre, y sirviendo de conductores dichos dedos se coloca el gancho. Las tracciones se harán en la direccion de los ejes de la pélvis.

Los ganchos en que terminan los mangos del forceps pueden tambien ser empleados, pero la figura del que he descrito se adapta mejor á la de los sitios donde hay que aplicarlos y por eso es preferible siempre que lo tengamos á mano.

LECCION XLII.

Cuidados que deben darse á la mujer durante el parto.

Llamado el profesor á la asistencia de un parto, debe ante todo cerciorarse, si no ha visitado á la mujer de antemano, de si existe ó no el embarazo, pues ha ocurrido alguna vez en que se ha descuidado este diagnóstico, que se ha tratado de un embarazo histérico y despues de perder el médico su tiempo esperando que se acentuasen los fenómenos propios del parto, terminarse éste y el embarazo sin expulsion del fétus ni de cosa alguna y quedar en la difícil situacion que es fácil suponer. Los síntomas racionales y sensibles del embarazo y el órden con que se han ido presentando, nos indicarán no sólo la existencia de aquel, sino su época casi fija. Diagnosticado el embarazo, falta saber si la mujer está ó no de parto, y para ello hay que apreciar la direccion y fuerza de los dolores, comprobar si durante ellos la matriz se contrae ó no, ver si existen las glerosidades de la vagina y hacernos cargo por el tacto vaginal del estado de dilatacion ó grado de dilatabilidad del orificio uterino. Estos datos nos indicarán tambien el período del parto en que se encuentra la mujer, y nos sirven para calcular si debemos permanecer ya desde luego al lado de ella, ó si podemos ir á nuestras ocupaciones.

Hay casos en que por una causa física ó moral cualquiera, el parto se anticipa á los 265 ó 270 dias del término natural y cuando esta anticipacion es considerable,

es decir, llega á 15 ó más dias, seria conveniente impedir el parto á fin de que el fétus complete en la matriz el desarrollo que le falta. Para ello, una vez cerciorados de la época del embarazo, veremos si la dilatacion del orificio uterino no es mucha ni la bolsa está formada, y entónces aconsejaremos á la mujer la permanencia en cama, quietud de espíritu, una dieta moderada y le administraremos una pocion con el hadchist y unas enemas con 20 ó 30 gotas de láudano en un vehículo cualquiera y áun la sangría de la mano si el temperamento y constitucion de la embarazada lo permitiesen. Si no conseguimos resultado alguno con estos medios ó si la dilatacion del cuello de la matriz fuese ya considerable y con más motivo si la bolsa de las aguas se ha roto ó está muy próxima á romperse, no nos opondremos en lo mas mínimo al parto, sino que nos prepararemos á secundar las tendencias de la naturaleza á su terminacion, si fueren buenas, ó á ocurrir á cualquier caso de distocia ya esencial, ya accidental. Hay tambien otro caso en que no nos opondremos á este parto prematuro y es cuando exista alguna estrechez en la pélvis de la madre, pues entónces el menor desarrollo del fétus es una circunstancia favorable; pero si la estrechez es de dos pulgadas ó menor, vale más impedirlo, pues siendo de gravedad suma la operacion Cesárea que esta estrechez exige, quizás los 15 dias que podamos retardar el parto serán 15 dias más de vida que se le concedan.

Ciertas mujeres cuyo embarazo no se halla á término, experimentan repentinamente dolores abdominales que por su situacion, su intermitencia, estar acompañados de glerosidades vaginales y áun expulsion de aguas y determinar alguna dilatacion del cuello uterino, hacen pronosticar un próximo alumbramiento y despues de algunas horas de semejante estado, los dolores y las mucosidades

desaparecen tan repentinamente como se habian presentado, el orificio del cuello vuelve á estrecharse y el verdadero trabajo del parto no se presenta hasta muchos dias despues. Recuerdo una mujer á quien ocurrió lo que indico, y sin embargo, no parió hasta 36 dias despues. Esto es lo que se llama *parto falso* que en las embarazadas afectas de reumatismo uterino se ha observado en ocasiones sobrevenir por espacio de varios dias seguidos á horas determinadas, suspendiéndose despues.

Una vez convencido el profesor de que la mujer está de parto, tiene que hacer multitud de preparativos ántes de separarse de ella, si el estado del trabajo lo permite. Preguntará en primer término por la ropa que se ha de poner á lo que nazca y la separará por su órden en una batea colocando encima lo primero que haya de ponérsele, es decir, debajo y sucesivamente la mantellina, á continuacion la bata, las mantillas, los pañales, un trozo de lienzo que llaman las mujeres el metido, la camisa, el gorro ó los gorros, los trapos y la faja de ombligo y á un lado la faja. Tambien se prepararán dos ó tres cordonetes, una taza con aceite de olivas, agua fria y caliente, esponjas, una pluma de ave, copillas con candela, vino generoso y vino blanco, manteca sin sal y se hará prevenir un caldo animal sustancioso.

En seguida se procurará el lecho de dolor. Muchas mujeres acostumbran y prefieren parir en unas sillas, ó mejor dicho, sillones de madera con espaldar alto, brazos altos tambien y terminados hácia adelante en una extremidad cilíndrica que les sirve para agarrarse, á fin de ayudar los dolores. Estos sillones tienen una escotadura considerable en el asiento y debajo colocan un sillico. Esta manera de parir no se permitirá más que á las primíparas ó á las que tengan alguna retroversion de la matriz, pero

en la generalidad de los casos es una poderosa causa de descenso y áun de inversion de la matriz y de hemorragias. Por otra parte en esta posision le es muy embarazoso al partero recoger á la criatura y sugetar el periné.

La mejor situacion de la mujer en estos casos es la horizontal, en lo que se llama *la camilla*, que ó la posee el profesor y al ser llamado para un parto la hace conducir á la casa ó la forma acto contínuo. Las camillas de parir consisten en una cama corta de madera, cuyo espaldar forma un plano inclinado, que á los piés tienen un travesaño para que fije los suyos la mujer y unas correas y argollas de lienzo henchidas de crin ó de estopa á las que se agarra para hacer los dolores. El mejor modelo de ellas es el de Mattei. Para improvisar una se elige una cama de persona, hácia cuya cabecera se pone un colchon doblado por la mitad, sobre otro que ocupa su plano y encima del cual se coloca una zalea con el pelo hácia abajo y un lienzo basto á fin de que la mujer no hunda sus caderas en el colchon y sea fácil por lo tanto sostener á su tiempo el periné. Se acuesta la mujer en decúbito supino de modo que sus espaldas descansen sobre el colchon doblado reforzado con tres ó cuatro almohadas á fin de que se halle con toda comodidad; los piés se apoyan á los piés de la cama, teniendo los muslos doblados sobre el vientre y las piernas sobre los muslos. Dos personas, una á cada lado de ella, al par que mantienen sus rodillas separadas, la ofrecen apoyo á sus manos para que pueda hacer los dolores. Esta preparacion de camilla es escelente, fácil de hacer en cualquier casa pobre ó rica y basta para muchas de las operaciones que pudieran ofrecerse, como la version, la extraccion de la placenta, etc., etc. Yo acostumbro, desoyendo el consejo de la mayoría de los tocólogos que quieren colocarse al lado derecho de la

mujer, á situarme sentado en una silla, de una altura proporcionada á la de la cama, á los piés de esta, es decir, frente á la vulva de la mujer, aunque algo hácia la derecha, y de esta suerte jamás he encontrado inconveniente alguno.

El profesor ha debido tambien hacer llevar su bolsa portátil que debe contener un forceps curvo y otro recto, sondas, tijeras, cinta fuerte, alguna cantidad de extracto de belladona, de láudano de Sydenham y de cornezuelo de centeno recien pulverizado. Esta bolsa es indispensable para los médicos que ejercen en pueblos de corto vecindario cuando son llamados á asistir un parto á otro vecino, máxime, si como sucede en muchos, no hay oficina de farmacia; pero en las grandes poblaciones puede prescindirse de ella á causa de la facilidad de procurarse todos los medios dichos y con su bolsa de curar en que hay sondas y principalmente tijeras para cortar el cordon umbilical y lancetas para hacer una evacuacion sanguínea en caso de necesidad, le basta en la mayoría de casos, sobre todo si ha tenido la precaucion de agregarle un tubo de asfixia.

Mientras se han hecho todos estos preparativos para los que la frecuencia y la intensidad de los dolores que siente la mujer y su manera de quejarse han demostrado al profesor si lo avanzado del parto permite ó no entretenerse algo en ellos, la parturiente se ha ido acostumbrando á la presencia del médico y á la idea de que este tiene que reconocerla, con tanto más motivo cuanto que él habrá cuidado de advertírselo sin dar importancia á su dicho y se habrá salido varias veces de la habitacion que ella ocupa, deteniéndose algun rato fuera y como por casualidad, á fin de darle tiempo á hacer algun preparativo que pudiera necesitar para ello.

Entónces el profesor practicará el tacto vaginal á fin de cerciorarse del período del parto en que se encuentre la mujer y sobre todo de la posicion ó cuando ménos de la presentacion del fétus. El diagnóstico todo lo más anticipado posible de la presentacion, además de prevenirle sobre lo que sea necesario hacer más ó ménos pronto, le sirve para pronosticar y exponer reservadamente á la familia el pronóstico, si entrañase alguna reserva ó gravedad, pero nunca á la parturiente, á la que sin demostrar en la fisonomía la menor duda ni disgusto, se la debe asegurar siempre que el fétus *viene muy bien* y que todo ha de terminarse de la manera más pronta y satisfactoria. Hasta cuando sea necesario la cooperacion de algun profesor ó la práctica de alguna operacion, se procurará no darle al caso la menor importancia y áun disculpar la primera, por ejemplo, con que viene á buscarnos casualmente para tratar de otro asunto, y la segunda con que solo se trata de colocar al fétus de modo que todo se termine bien ó que no padezca en lo más mínimo. Escuso decir que no debe enseñársele ninguno de los instrumentos que puedan necesitarse, pues la mayoría de ellos, como el forceps ó el cefalotribo, asustan á la más valiente por su enorme volúmen, y que jamás aunque haya que hacer la embriotomía se le diga que hay que mutilar á su hijo y mucho ménos permitirle que conserve la menor duda sobre la muerte anterior de éste, pues además de lo que la impresionaria comprender que se va á privar de la vida á su hijo en sus entrañas, este hecho es muy posible que jamás lo olvidase y que desde entónces para siempre nos mirase con un horror indescriptible.

En la habitacion ocupada por la parturiente debe haber poca gente, debiéndose alejar desde luego á toda aquella persona por quien sienta la menor repugnancia y á

esas marisabidillas, que tan de sobra encuentra el médico en todas partes, cuya ocupacion es dar su dictámen sobre todo, exponer con aire doctrinal lo que ha visto en su *práctica*, discutir las opiniones del profesor, modificar á su manera la menor indicacion de éste, alarmar á la parturiente con la relacion de casos desgraciados que ella ha visto ú oido y reservarse el derecho á hacer trizas la reputacion del profesor en el momento en que se presenta un accidente poco lisonjero. Dicha habitacion debe tener cierta capacidad y una regular ventilacion y en ella no deben existir más que los muebles necesarios, á saber: la cama, la camilla, una mesa ó tocador y unas cuantas sillas.

El vestido de la mujer, en armonía siempre con la estacion que se atraviese, ha de ser ligero, sin que exista compresion en ninguna parte de su cuerpo, proscribiéndose por lo tanto el corsé ó el justillo ó cualquier otra prenda análoga.

Miéntras la dilatacion del cuello de la matriz no es completa, no precisa la presencia del facultativo en los casos normales, pero desde que ésta existe y principalmente si la mujer es multípara, ya no debe abandonarla. A propósito de esto y por si un asunto de suma urgencia reclama nuestra salida, recordaré que el tiempo que tarde en producirse dicha dilatacion es al que trascurre hasta la salida del fétus como 2 es á 1 en la primípara y como 3 es á 1 en la multípara.

Miéntras no se ha roto la bolsa de las aguas puede permitirse á la mujer que dé algunos paseos, pero en cuanto dicha rotura se ha verificado en la primeriza, ó cuando su gran proeminencia hace presumir su inminente rotura en la mujer que ha tenido muchos hijos, debe obligársele á estar en la camilla. En estas últimas bastan en

ocasiones uno ó dos dolores despues de dicha rotura para que salga la cabeza del fétus.

No debe negarse á la parturiente el alimento, principalmente en el período de dilatacion, si bien no se la permitirá hacer una comida abundante; y en muchos casos es preciso reanimar á menudo sus fuerzas con alguna cantidad de caldo ó un poco de vino, pero nos guardaremos muy mucho, sin una indicacion especial, de fastidiar á la pobre paciente dándole á cada instante caldos, sopas, vino, infusiones calientes de té, de tila, de canela, etc. etc., como hacen esas marisabidillas á que antes aludí y no pocas matronas. La bebida usual podrá ser el agua natural ó un ligero sub-ácido, pero á la temperatura que se designa con el nombre de agua de verano.

Se aconsejará á la parturiente que no retenga la orina en lo más mínimo y se le prescribirá una ó dos enemas con agua ó con un cocimiento de malvas con el objeto de mantener vacios la vejiga y el recto.

Investigará el profesor si su cliente tiene vehementes deseos de que su hijo sea del uno ó del otro sexo y entónces en vez de halagarlo, como quieren unos, asegurando que ha de ser del sexo que ella desea, ó de contrariarlo, como pretenden otros, pues en el primer caso la contingencia muy posible de un desengaño y en el segundo la misma contrariedad, podrian afectar considerablemente á la mujer é influir perniciosamente en el alumbramiento ó en el parto, vale más, sin afirmar ni negar cosa alguna, manifestarle las gracias de los niños del sexo contrario á el que ella pretende, refiriéndole lo contentos que otros padres están con ellos etc., y haciéndola con más ó ménos destreza convenir en que lo esencial es que el parto sea feliz, como nada se opone á ello, y que el sexo del producto será lo que Dios haya dispuesto.

Los reconocimientos vaginales no deben menudearse. Despues del primero, hecho con el objeto de diagnosticar el parto, la presentacion, la amplitud de la pélvis y la dilatabilidad de las partes blandas, sólo practicaremos otros cuando por la intensidad de los dolores y los quejidos ó gritos de la mujer comprendamos que el parto se halla en el tiempo de expulsion, y convencidos de que todo sigue una marcha normal, nos prepararemos á sostener el periné cuando la cabeza del fétus comprimiendo el plano que éste forma, entreabre los lábios de la vulva y se halla próxima á salir. Es una práctica que á nada conduce sino á irritar la vagina y ser causa de su inflamacion, la de recorrer con el dedo las paredes de la vagina, haciendo presiones en ellas como para dilatarlas, pero en muchos casos apresura algun tanto el parto y reanima las contracciones introducir el dedo en el orificio del cuello uterino durante el dolor, corriendo su punta por éste con el mayor cuidado para no romper las membranas y forzando la dilatacion ya empezada del referido orificio.

Hay mujeres que se niegan tenazmente á ayudar con sus esfuerzos á las contracciones uterinas, otras desde el principio del parto hacen unas fuerzas considerables y algunas que apenas conocen que viene un dolor se agitan desesperadamente, lloran, patean, riñen con cuantos se encuentran á su alrededor y se niegan á oir reflexion de ninguna clase. A las primeras se les puede tolerar que no se ayuden durante la dilatacion del cuello uterino, pero en el período de expulsion y principalmente cuando la cabeza comprime el periné, hay que obligarlas con razones ó valiéndonos de nuestra autoridad sobre ellas á que no se *coman* los dolores. He visto que rara es la mujer á quien se le dice sériamente que si no ayuda el parto va *á ahogar, á asesinar* á su hijo, que se resiste á poner

de su parte cuanto se le exija. Esto se halla en la índole de la mujer y es preciso en ciertos casos sabernos aprovechar de sus sentimientos en beneficio de ella y del nuevo ser. Respecto á las segundas es menester moderar sus esfuerzos, indicándoles no sólo los riesgos de una hernia, un enfisema pulmonal etc., etc., que para ella tienen, hechos inmoderadamente, sino que tambien pueden serle perjudiciales á su hijo. En cuanto á las terceras casi siempre son mujeres cloro-histéricas que han tenido la desgracia de casarse con uno de esos hombres á quienes el vulgo apellida Juan Lanas, y con el marido más que con ellas tiene que habérselas el pobre médico que en estos casos más que á razones, que á ruegos, que á intimaciones, que á amenazas de abandonarlas á su suerte etc., etc., debe recurrir á la administracion del hidrato de cloral, ó del láudano en enemas, ó á las inhalaciones anestésicas. Por mi parte prefiero éstas á no ser que para colmo de *dichas* la señora en cuestion se niegue tambien á el uso de este medio. En este caso hay que limitarse á los anteriores, á los baños de asiento ó generales templados, y á recordar muchas veces á Job que entre sus infinitos sufrimientos no tuvo el de asistir á una mujer de esta clase que tenga un marido complaciente y una madre *que la quiere mucho.*

Aunque debe darse como precepto general el de nunca romper la bolsa de las aguas, sin embargo, es indispensable hacerlo cuando el tumor que ésta forma asoma entre los lábios de la vulva, y tambien en aquellos casos en que siendo muy abundante el líquido amniótico y muy pequeño el fétus, tiene este una considerable movilidad y cambia de posicion como el caso citado por Baudelocque, en que se presentó en poco tiempo todos los puntos de la superficie de su cuerpo. En un caso así, es preciso en

uno de los momentos en que presente una de las dos extremidades cefálica ó podálica, hacer la puncion de las membranas, aunque el cuello uterino no se encuentre muy dilatado, á fin de que con la salida de las aguas desaparezca la movilidad citada y subsista la presentacion á que me refiero. Para romper la bolsa basta si se halla ya formada comprimirla fuertemente contra la cabeza del fétus durante un dolor, y rara vez tendremos que rascarla con la uña y más rara todavía introducir en ella un punzon ó el cañon de una pluma cortado en visel. Sin embargo, habrá que recurrir á cualquiera de estos últimos medios si el cuello áun no se encuentra muy dilatado y la bolsa empieza á formarse.

Para sostener el periné, se coloca la mano derecha pasada por debajo del muslo derecho de la mujer sobre el tabique vulvo-anal en una posicion intermedia á la pronacion y la supinacion, y de modo que su cara palmar se aplique sobre la convexidad perineal, correspondiendo el dedo pulgar al lado derecho de la vulva y los cuatro últimos á su lado izquierdo é inferior, ejerciendo con dicha mano una ligera presion á cada dolor ó atrayendo hácia la línea media los tegumentos de las nalgas como quieren Halmagrand y otros, aunque cuidando de no contrariar en manera alguna el movimiento de rotacion exterior ó de restitucion que ejecuta la cabeza en cuanto sale de la vulva. En las primerizas suele suceder que llegando estos momentos, la distension que á cada dolor sufre el periné es tan considerable, que estamos casi viéndole estallar bajo nuestra mano, y esta resistencia es suficiente á retardar considerablemente el parto. Entónces antes que aplicar el forceps, se ha aconsejado, y lo he visto tener un éxito admirable, hacer dos incisiones en el periné oblícuas hácia atrás y afuera con unas tijeras rectas fuertes,

ó una sola incision central. Las unas ó la otra determinan inmediatamente la salida de la cabeza sin la desgarradura que pudiera muy bien temerse de semejante medio. En las presentaciones de nalgas generalmente no hay que sostener el periné hasta la salida de la cabeza; sin embargo, algunas veces hay que hacerlo al desprenderse los hombros.

En determinados casos molestan mucho á la mujer é imposibilitan su cooperacion al parto, intensos dolores que sobrevienen en la region lumbar apenas comienza cada contraccion uterina, llamados *dolores de riñones*, que son más frecuentes en las multíparas que en las primerizas, y que han sido atribuidos por Mauriceau (1) á la distension que sufren los ligamentos anchos cuando la matriz se encuentra con algun descenso. El medio mejor de aliviarlos consiste en pasar por detrás de la cintura una tohalla en tres ó cuatro dobleces, confiando cada extremidad á una persona y encargando á éstas que tiren de ellas comprimiendo fuertemente los lomos en cada dolor ó contraccion.

Algunas mujeres hacen todo el trabajo del parto *en seco*, es decir, sin que la mucosa vaginal (asiento de algun estado hiperémico) segregue esas glerosidades que he señalado como uno de los síntomas del parto, y que tanto facilitan la relajacion de las partes blandas y el descenso de la cabeza. En ellas hay que recurrir á los semi-cupios templados, los vapores emolientes, las embrocaciones á el interior de la vagina con manteca sin sal ó pomada de belladona y á las inyecciones con glicerina ó con aceite de almendras dulces.

(1) Halmagrand cree que son debidos á que inclinada generalmente hácia atrás la mujer durante el embarazo, se hallan distendidos por este hecho los fibro-cartílagos intervertebrales.

Como regla general de conducta hay que inculcar en el ánimo de los prácticos noveles que el parto es una funcion natural y por lo tanto que la naturaleza se basta á terminarlo en la inmensa mayoría de casos sin que nos sea permitido bajo concepto alguno intervenir directamente en él á no ser que exista una verdadera indicacion, no siéndolo sólo su duracion excesiva cuando no va acompañada de un agotamiento de fuerzas ó un abatimiento moral excesivo por parte de la mujer, pues se han visto partos de siete dias de duracion terminarse expontáneamente sin inconveniente alguno y naciendo vivo y sano el fétus.

Generalmente es mejor partero el que tiene más paciencia y sabe esperar más.

LECCION XLIII.

Alumbramiento. Su division en eutócico y distócico.—Alumbramiento distócico esencialmente. Adherencias y anomalías de la placenta. Debilidad del cordon umbilical.—Alumbramiento distócico accidentalmente. Inercia de la matriz. Contracciones irregulares. Inversion. Rotura del útero ó de la vagina. Rotura del cordon. Eclampsia.

Llama el vulgo alumbramiento á el conjunto de los fenómenos que caracterizan el parto, desde que comienza el primer dolor hasta que la parida se halla descansando en su lecho; pero obstétricamente el alumbramiento es el último período del parto ó sea la salida natural ó artificial de la placenta.

En la mayoría de casos (199 de cada 200) el alumbramiento se hace por los solos esfuerzos de la naturale-

za, empezando en muchos el desprendimiento de la placenta inmediatamente despues del encajamiento en la escavacion de la parte presentada. Este desprendimiento se verifica en la parte central, si la insercion es en el cuerpo de la matriz, y por los bordes si próxima al cuello; en el primer caso se depositan algunos coágulos entre un órgano y otro y el peso de ellos es una causa para apresurar el repetido desprendimiento.

Cuando el fétus ha salido por completo y despues de algunos minutos ó media hora de descanso, empieza la matriz á reducirse, lo cual no se verifica sin producirse algunos dolores expulsivos, aunque no muy intensos, y el desprendimiento placentario se termina si habia ya empezado ó tiene lugar entreabriéndose entónces el cuello uterino que ya habia empezado á cerrarse, haciendo bajar aquel órgano á la vagina, de donde excitada su contractilidad por la presencia de ese cuerpo extraño, no tarda en ser expelido. Alguna vez el desprendimiento total se hace durante la salida del fétus y despues de esta solo falta la expulsion.

El tiempo que media entre el nacimiento de la criatura y la salida de la placenta con una absoluta espectacion, es desde media hora á cuatro ó seis, pues ocurre á menudo, principalmente si el parto ha sido largo, que la vagina ha perdido su elasticidad y aquel órgano queda detenido en ella durante un espacio bastante largo. Así es que para evitar esto se aconseje despues de esperar quince ó veinte minutos, hacer algunas tracciones (aunque no muy violentas por temor de que se rompa) del cordon umbilical, friccionar el vientre bajo con la mano izquierda miéntras que con la derecha se tira del cordon; sujetar este con aquella é introducir dos ó tres dedos de esta en la vagina entre su cara anterior y el cordon y

sujetarlo al llegar al cuello uterino tirando de él en la direccion de los ejes de la pélvis. De cualquier manera que sea y cuando la placenta se asoma á la vulva, se la coge con la mano derecha dándole vueltas á fin de que se arrollen las membranas á manera de cordon y no quede ninguna porcion de ellas dentro de las partes genitales.

Son muchas las preocupaciones de las mujeres en el acto del alumbramiento, incitadas para muchas de ellas por algunas matronas. Se asustan considerablemente y áun entran en un estado convulsivo muy próximo á la eclampsia, en cuanto tardan algo en salir las pares; se amarran el cordon umbilical á uno de los muslos ó no permiten que el profesor lo suelte; se meten el cabello en la boca, beben aceite de olivas, soplan fuertemente sobre su puño cerrado, etc. etc., creyendo que así determinan inmediatamente la expulsion. Escusado es indicar lo absurdo de esto.

El alumbramiento no es sin embargo siempre natural; hay distocia tambien en él como puede existir en el parto y esta distocia es susceptible igualmente de dividirse en esencial y accidental.

El alumbramiento distócico esencialmente puede serlo á causa del volúmen excesivo de la placenta; de su insercion viciosa; de adherencias anormales y de la debilidad extraordinaria del cordon umbilical. Es distócico accidentalmente el alumbramiento por inercia de la matriz; contracciones irregulares que determinan el engatillamiento; inversion del útero; rotura de este órgano, de la vagina ó del cordon y por eclampsia.

Dos palabras acerca de cada uno de estos fenómenos.

Alumbramiento distócico esencialmente.

Excesivo volúmen de la placenta. Puede aparecer tal aunque realmente no lo sea, si, verificado el desprendimiento central á que ántes se aludió, se han depositado muchos coágulos en la especie de bolsa que se forma por la placenta desprendida y las membranas áun adherentes; De cualquier manera se le reconoce fácilmente porque el útero se conserva bastante dilatado por cima de los púbis, existen dolores sin resultado alguno y al hacer el reconocimiento se encuentra la cara fetal de la placenta descansando sobre el orificio uterino. La indicacion que se presenta es la de practicar algunas tracciones del cordon combinadas con la *expresion* del útero y si no bastan introducir la mano derecha préviamente engrasada por la vagina, forzar si es preciso la dilatacion del cuello de la matriz, coger la placenta, comprimirla á fin de expulsar los coágulos sanguíneos y extraerla.

Insercion viciosa de la placenta. Ya he hablado de esta circunstancia al tratar en el parto de la distocia esencial por parte de los anexos del fétus, así es que me refiero á lo dicho allí.

Adherencias anormales de la placenta. Cuando existen, ó ha habido probablemente durante el embarazo un estado flogístico de los anexos del fétus que ha dado por resultado una exudacion abundante de linfa plástica coagulable entre ella y la matriz; ó la placenta misma es asiento de una degeneracion grasienta; ó existen en ella ó en el útero tejidos de nueva formacion incluyendo entre ellos la trasformacion fibrosa del tejido conjuntivo que hay entre ambos órganos.

Hay mujeres que presentan esas adherencias en la

mayoría de sus partos y entre otras recuerdo una que vive en la calle de Cardoso, en la que en tres partos consecutivos las he encontrado y en el último (ocurrido hace algo más de un año) dicha adherencia era total y tan fuerte que me costó un trabajo inmenso destruirla y áun en muchos puntos me ví precisado á *descortezar* más que á separar la placenta. Este caso fué notable tambien porque el fétus se presentó de hombro izquierdo, posicion céfalo-ilíaca izquierda, empezando la asistencia una matrona que no se enteró de lo que ocurria sino despues de salir la mano por la vulva y haber tirado muy bien de ella: llamado yo entónces pude hacer la version podálica aunque con algun trabajo, extrayendo un fétus varon de todo tiempo y muerto. Esperé luego media hora á que se verificase el alumbramiento y viendo que existian dolores (muchos de ellos bastantes fuertes) desde los diez minutos siguientes á la salida de la criatura, sin que á pesar de las moderadas tracciones que hice con el cordon en diversas ocasiones, saliesen las pares, procedí al reconocimiento, é introduciendo la punta del dedo índice derecho en el orificio uterino no pude tactar la masa espongiosa que descansando sobre él forma la placenta cuando no estando adherida, la causa de su no expulsion es su excesivo volúmen. En su consecuencia y sospechando que existiesen las adherencias dichas, procedí á la introduccion de la mano en la matriz, ocurriéndome lo indicado anteriormente.

Esta mujer á pesar de lo difícil de la version hecha tres horas despues de rota la bolsa de las aguas, á pesar de lo laborioso del despegamiento de la placenta, y habiéndole quedado en la matriz pequeños restos de ella (imposibles de separar sin gravísimo riesgo) tuvo un puerperio felicísimo.

De la observacion en extracto que acabo de trascribir, se deducen los signos que se deben tener en cuenta para sospechar ó conocer las adherencias á que me estoy refiriendo.

Lo que hay que hacer en casos análogos es lo que acabo de indicar, es decir, el despegamiento y la extraccion sin fiarse de la opinion de los que creen que cuando esta extraccion ofrezca dificultades vale más abandonar la expulsion á los cuidados de la naturaleza, pues si bien es verdad que este se ha verificado á veces hasta 15 y 20 dias y áun más despues del parto sin inconvenientes para la madre, son más en número aquellos en que ha sucumbido á consecuencia de hemorragias, de eclampsia y de septicemia.

Para extraer una placenta adherida, yo prefiero siempre la mano derecha, sea cualquiera el punto de insercion de aquella, y lo hago así porque no siendo ni habiendo pretendido ser nunca ambidextro, apelo siempre á la mano en que tengo más confianza para todas aquellas cosas de cierta entidad en que no hay una incompatibilidad absoluta. Introducida la mano en la matriz, sirviéndole de guia el cordon umbilical ó reconociendo la masa espongiosa que constituye la placenta, se costea su circunferencia y encontrando una parte de ella desprendida, aunque sea pequeña, se coloca entre ella y la matriz el borde cubital de la mano y se la va separando á la manera como se abren las hojas de papel, y cuando el desprendimiento es completo, se coje la placenta con toda la mano, se la da algunas vueltas á fin de arrollar las membranas y se le extrae. Si nada hay desprendido de la parte circunferencial pero sí del centro y entre esta parte central y el útero hay algunos coágulos, se perfora la placenta por su centro y se hace entónces la separacion

desde el centro á la circunferencia. En los casos en que la adherencia es íntima, en vez de tirar de la placenta yo prefiero irla separando paulatinamente con los dedos índice, medio y pulgar, destruyendo entre ellos el tejido placentario y jamás he tenido que arrepentirme de esta conducta que llevo seguida ya muchas veces.

Cuando la separacion total es imposible, vale más que entretenernos en largas maniobras que nos expongan á perforar la matriz ó á sacar un colgajo de ella, dejar en su interior la parte que le está íntimamente adherida, pues la naturaleza completa frecuentemente el trabajo empezado por nosotros, y áun en ocasiones esa permanencia no ha sido obstáculo á una nueva concepcion, habiéndose dado casos en que despues de un parto han salido la par correspondiente y restos de la del parto anterior.

Debilidad del cordon umbilical. El poco desarrollo del fétus debido unas veces á haber sido expulsado antes del término natural de la gestacion, otras á enfermedades de él ó de su madre, viene acompañado, como es lógico suponer, de una debilidad del cordon que se deja romper con suma facilidad á la menor traccion y áun á veces solo por la compresion que puede sufrir entre una parte cualquiera del cuerpo del fétus y el márgen de la pélvis. Esta rotura cuando se verifica despues de nacer la criatura es bien alta (en la mayoría de casos en el punto de insercion á la placenta) y determina una hemorragia aunque no muy abundante y fácil de cohibir en cuanto aparecen los dolores, bien provocados ó bien expontáneamente. En ocasiones un cordon muy grueso se rompe por tracciones imprudentes ó no hechas en la direccion de los ejes de la pélvis.

Este accidente de la rotura puede ser perjudicial, porque áun en el caso en que se haya desprendido expon-

táneamente la placenta, obliga á introducir la mano para sacarla porque suele quedarse retenida en la matriz ó en la vagina. Además de esto si la hemorragia ó adherencias preternaturales obligasen á desprenderla, nos falta un guia tan precioso como dicen que es el cordon umbilical.

Sin embargo de todo esto, yo creo que el que está acostumbrado á tactar la placenta, no necesita de la guia del cordon para reconocerla.

Alumbramiento distóxico accidentalmente.

La inercia uterina, las contracciones irregulares del órgano gestador, su inversion, su rotura y la de la vagina, así como la del cordon de que ya he tratado al hablar de la debilidad de este y la eclampsia sobrevenidas durante el alumbramiento, lo convierten en distóxico y exigen nuestra activa intervencion como dije más arriba.

Voy á ocuparme de cada uno de estos accidentes.

Inercia uterina. Puede existir sola ó complicada con hemorragia. Necesita para presentarse que exista una predisposicion en la mujer constituida por un temperamento sanguíneo ó muy linfático, menorragias frecuentes ó pérdidas blancas abundantes, siendo muy de temer que sobrevenga en aquellas mujeres en que ha existido en partos anteriores. En presencia de esta predisposicion sobreviene la inercia uterina ó cuando habiendo sido el parto sumamente rápido quedan en una especie de *estupor* las fibras musculares del útero, ó cuando por el contrario la excesiva longitud de aquel ha agotado, digámoslo así, la contractilidad, ó aunque sea el parto de una duracion regular si una hidropesía del ámnios habia dilatado considerablemente el órgano gestador.

De cualquier manera que sea, si la placenta permanece

adherida en totalidad al útero, no hay otros síntomas que la ausencia de los dolores que en los casos normales siguen á la salida del fétus, la flacidez de la matriz fácil de reconocer comprimiendo las paredes abdominales y el apuro de la mujer que desea concluir de una vez su *trabajo* y teme graves accidentes.

En estos casos de inercia sin hemorragia no hay inconveniente en no intervenir directamente durante dos ó tres horas, en cuyo espacio se trata de reanimar las fuerzas de la mujer, si estaban agotadas, dándole caldos sustanciosos y vino de Jerez y se solicitan las contracciones uterinas, bien tirando moderadamente del cordon umbilical, bien haciendo fricciones sobre el cuerpo del útero á través de las paredes del vientre ó titilando directamente el cuello, ya inyectando agua fria por la vena umbilical á fin de que la impresion de ella y el mayor peso que adquiere la placenta puedan contribuir á la contraccion de aquella y al despegamiento de esta, ya administrando algunos granos del cornezuelo de centeno, ora haciendo la *expresion* recomendada por el Dr. Gomez Torres y de que ya se ha hablado, ora por último introduciendo la mano en la matriz y extrayendo la placenta, pero despues de hacer algunos movimientos con aquella dentro del útero para solicitar su contraccion ó acompañando la extraccion con la expresion con el objeto de evitar que subsista la inercia despues de sacada la placenta y estalle una hemorragia abundantísima que en poco tiempo produzca la muerte.

Cuando la placenta se desprende parcialmente existiendo la inercia uterina, entonces quedan á causa de ésta, abiertas ámpliamente las bocas de los vasos úteroplacentarios y sobreviene la hemorragia, que es externa cuando no hay obstáculo alguno que se oponga á la libre

salida de la sangre, é interna en el caso contrario.

La hemorragia externa se conoce fácilmente indicándonos la no salida de la placenta, la ausencia de dolores y la flácidez del útero, cual es su causa. El diagnóstico de la interna se hace teniendo en cuenta la palidez y descomposicion de la fisonomía de la mujer, los síncopes frecuentes, esa aterradora frase *¡ay qué fatiga!* que pronuncian todas, el dolor de cintura que acusan, el desarrollo considerable del vientre debido, como el tacto nos permite comprobar, á la distension de la matriz.

Si el pronóstico de la inercia uterina que acompaña al alumbramiento no es grave cuando falta la hemorragia, lo es y mucho cuando esta existe; y esa gravedad se halla en relacion de la cantidad de sangre que haya perdido la mujer al hacernos cargo de ella, habida consideracion de su temperamento y constitucion, de el desprendimiento más ó ménos parcial de la placenta y de que la inercia sea más ó ménos absoluta. La hemorragia interna siempre es más grave que la externa, porque es más difícil de cohibir y sobre todo porque generalmente cuando llaman al profesor (si no ha asistido al parto) la cantidad de sangre perdida es ya considerable. Parece increible la cantidad de sangre que pierden algunas mujeres en muy pocos minutos, llevándolas al sepulcro ó á las puertas de él, siendo tambien difícil comprender cómo sobreviven muchas á esa pérdida y áun la facilidad relativa con que se reponen.

El tratamiento de la inercia uterina con hemorragia consiste principalmente en solicitar por todos los medios posibles las contracciones uterinas, y para ello se hace acostar á la mujer con la cabeza muy baja para prevenir los síncopes, se la administran dósis considerables y repetidas del cornezuelo de centeno, se le ponen ventosas se-

cas ó fuertes sinapismos á las mammas y áun al pezon y areola ó interscápulas como aconseja Velpeau; se le ponen paños empapados en agua fria sobre el vientre; se hace con fuerza la *expresion* ó se comprime fuertemente el vientre, poniendo sobre el hipogastrio una tohalla grande en muchos dobleces, sujetándola con un vendaje de cuerpo sumamente apretado como queria Deneux; se introduce en la matriz la mano mojada en vinagre ó llevando un limon mondado que se exprime en el interior de aquella, estimulándola en distintas partes y extrayendo la placenta si los dolores aparecen.

Tambien se podrán hacer las inyecciones con agua helada al cordon umbilical; administrar el sulfato de quinina á altas dósis al interior, pues se le ha pretendido hallar una virtud hemostática; ó el opio tambien en grandes cantidades como quieren los ingleses.

Se han aconsejado igualmente las inyecciones intrauterinas con agua fria, con alcohol, vinagre, tintura de yodo, el líquido de Pravaz, etc., diluyendo estos medicamentos con más ó ménos cantidad de agua y áun usándolos puros, aunque estos medios son infieles y arriesgados por los accidentes inflamatorios que á menudo subsiguen á su uso. A el líquido de Pravaz se le atribuye, ignoro con qué fundamento, que ocasiona una embolia mortal.

La compresion de la aorta ha prestado en ocasiones muy buenos servicios, aunque combinada con los medios indicados anteriormente. Para hacerla se pone el vientre de la mujer todo lo más flácido posible, obligándola á doblar las partes superiores é inferiores de su cuerpo, comprimiendo entónces fuertemente con una mano por cima del fondo de la matriz con lo que se llega á sentir los latidos de la aorta, ejerciendo entónces la presion (con la

mano dicha ó ayudándole la otra) sobre esta arteria hasta hacer desaparecer esos latidos. Esta compresion se ha hecho durar á veces hasta cuatro ó seis horas, y en efecto, cuando la mujer ha perdido mucha sangre hay que insistir durante algun tiempo para impedir que vuelva la hemorragia.

Se ha apelado en algunos casos á la trasfusion de la sangre, aunque no es muy eficaz como medio hemostático, sino más bien para remediar el estado de debilidad considerable en que pueda quedar la mujer.

Despues de contenida la hemorragia y extraida la placenta, hay que insistir durante una ó dos horas en la compresion de la aorta, si se habia hecho, y en caso negativo poner un vendaje de cuerpo bien apretado al vientre, evitando cuidadosamente á la mujer la menor impresion y prescribiéndole bebidas acídulas frias, alimentos nutritivos de fácil digestion y en pequeñas cantidades, vino generoso ó de Jerez, y si tiene muchas náuseas ó vómitos, el alcohol con agua y azúcar, un ponche de rom, y el ópio en píldoras, y si no son toleradas éstas, las enemas con 20 ó 30 gotas del láudano de Sydenham en cantidad suficiente de agua. En estos casos tambien se ha aconsejado dar á la mujer con frecuencia trozos de nieve para que los tenga en la boca é introducirle alguno en el intestino recto. Este último medio ha sido muy recomendado para contener los vómitos.

Excuso decir el tratamiento consecutivo que es igual al de todos los heridos que han tenido abundantísimas hemorragias.

Lee aconseja que en las mujeres que existe predisposicion notable á las hemorragias durante el alumbramiento, se rompan las membranas en cuanto el cuello de la matriz se halle algo dilatado, se ponga un vendaje de

cuerpo que se vá apretando á medida que avanza el parto y se cuide de que la temperatura de la habitacion sea fresca. Con esta conducta asegura haber evitado muchas hemorragias de la clase de la que me ocupo.

Contracciones irregulares. Son debidas en la mayoría de casos á abusos de los excitantes durante el parto y con especialidad del cornezuelo de centeno. Las contracciones uterinas tienen en los casos á que me refiero, el carácter de ser tónicas y existen unas veces limitadas al orificio interno del cuello, otras al cuerpo y algunas á la totalidad de la matriz, en cuyo caso bien se las puede llamar tétanos uterino.

Cuando la contraccion es en el orificio interno del cuello, lo que se conoce en que el dedo que practica el reconocimiento encuentra completamente flácido el cuello, pero no puede penetrar sino con suma dificultad en el cuerpo, la placenta ó se halla totalmente encerrada en la matriz ó se encuentra estrangulada por el orificio uterino contraido, en una extension mayor ó menor.

El tratamiento varía segun que hay ó no algun accidente que pone en riesgo la vida de la mujer. En caso afirmativo se trata de forzar el orificio del cuello introduciendo primero un dedo, luego dos, tres, hasta que pueda entrar la mano con la que se hace el despegamiento y extraccion de la placenta y si el cuello se resiste seria conveniente introducir un cono de esponja preparada que se engrasa con la pomada de belladona ó se cubre con alguna porcion del extracto disuelto á consistencia siruposa, manteniéndola colocada durante diez ó quince minutos, sacándola luego para forzar el cuello de la manera indicada arriba. Si la placenta se halla estrangulada de modo que solo una pequeña porcion sale de la matriz, conviene rechazarla al interior de este órgano; si la parte

que se encuentra en la vagina es la mitad, hay que procurar despegar con los dedos y con bastantes precauciones la porcion superior, y si aquella es la mayor parte, entonces es preferible cojer toda la porcion vaginal, reducir con la mano su volúmen y torcerla, á fin de que la salida de la porcion restante sea mucho más fácil.

Cuando ningun accidente (hemorragia, eclampsia, etc.) nos dé prisa, se puede sin inconveniente esperar antes de forzar el cuello uterino cuatro ó cinco horas y en el ínterin administrar el hadchist, el cloral ó una pocion opiada, dar algunos semicupios templados ó algunos vapores con sustancias emolientes, y áun si la mujer es pletórica practicarle una sangría general.

Inversion de la matriz. Este accidente puede ser producido por tracciones imprudentes y demasiado enérgicas hechas del cordon umbilical, especialmente si la matriz se ha encontrado muy distendida por un embarazo de gemelos ó una hidropesía del ámnios.

La inversion puede ser una simple depresion de la parte de la matriz que da insercion á la placenta, ó ser más considerable aunque sin atravesar el cuello la porcion invertida, ó atravesarlo apareciendo entónces en la vagina y áun en la vulva ó pendiente entre los muslos un tumor voluminoso casi esférico liso en su superficie, que es de un color rojo subido y que da sangre abundante al menor contacto y áun sin él.

La presencia de este tumor, la depresion que al tacto abdominal se encuentra en el sitio que corresponde á la matriz y los síntomas generales como palidez descomposicion del semblante, síncopes, dolor intenso en la matriz, vómitos, tenesmos vexical y rectal, frecuencia y pequeñez del pulso, sudores fríos, etc., nos hacen formar el diagnóstico de esta lesion, cuyo pronóstico es bastante

grave á causa de las dificultades que presenta la reduccion, y la hemorragia que sin cesar está actuándose mientras esta se practica.

Para subvenir á este accidente, si la placenta está casi desprendida ó el orificio de la matriz no permite paso á la matriz con ella, se le desprende y colocando un lienzo sobre la parte más saliente del tumor se aplica sobre él la mano en forma de cono tratando de hacer entrar en la pélvis mayor el órgano invertido con el mismo órden que la inversion se verificó y si se consigue la reduccion se deja la mano durante algun tiempo dentro de la matriz, á fin de que no se reproduzca la lesion. Si la placenta estuviese adherida en gran parte ó en totalidad, se coloca sobre ella la mano sin intermedio de lienzo alguno y se hacen las tentativas de reduccion y si esta no se obtiene se cloroformiza á la mujer, intentándolo de nuevo durante el período de relajacion completa de la cloroformizacion.

Si á pesar de la anestesia la reduccion de la matriz no se verificase, vale más desprender la placenta y tratar con las embrocaciones emolientes, las fricciones con la belladona al pedículo del tumor, los baños templados y áun las emisiones de sangre, de rebajar el estado de irritacion existente para intentar aquella de nuevo; esto en el supuesto de que una hemorragia más ó ménos copiosa no nos obligue á aplicar sobre el tumor algunos líquidos astringentes.

En algunos casos la inversion de la matriz persiste toda la vida, siendo una fuente constante de sufrimientos para la pobre mujer que se vé obligada á proteger el tumor y sostenerle con un vendaje á manera de suspensorio.

Hay que tener presente que cuando en un parto se ha presentado la inversion del útero, casi siempre se repiteen los sucesivos, á fin de estar prevenidos para evitarlo.

La mujer que ha tenido una inversion de la matriz tiene que permanecer largo tiempo en la cama despues del alumbramiento y usar una faja ó vendaje de cuerpo.

Rotura del útero ó de la vagina. No se verifican en el alumbramiento sino durante el parto, por lo cual me refiero en un todo á lo que se dijo de ellas al tratar de los partos distócicos accidentalmente.

Rotura del cordon umbilical. Tambien ya se ha tratado de ella al hablar de la debilidad del cordon. Produce alguna hemorragia y nos priva de guia para extraer la placenta si se hiciese preciso, pero no imposibilita ni mucho ménos la extraccion al profesor que sabe lo que es la placenta; y la corta hemorragia á que aludo no implica más gravedad ni otra indicacion en algunos casos que la extraccion de las pares.

Eclampsia. Generalmente ha empezado durante los primeros tiempos del parto; y respecto al alumbramiento, la indicacion que se presenta es la misma que se acaba de decir.

Por otra parte el tratamiento de la eclampsia ha sido ya expuesto en su lugar oportuno.

LECCION XLIV.

Primeros cuidados que necesita el recien nacido, tanto en estado de salud como en el de muerte aparente, debilidad excesiva ó enfermedad.—Envoltura del recien nacido.—Cuidados que exige la recien parida.

Fuera ya el fétus de el claustro materno, queda áun en relaciones directas con él por el intermedio del cordon umbilical, el cual, sin embargo, deja de latir en el momento en que se establece completamente la respiracion pulmonal. En la antigüedad no se cortaba el cordon hasta despues de salir la placenta, pero hoy dia no es seguida por nadie semejante práctica. Una vez nacido el fétus, se le coloca entre los muslos de la madre, pero de modo que se halle sobre el dorso y con la cabeza correspondiendo á los piés de la camilla. Se reconoce si hay algun asa intestinal del fétus en el grosor del cordon, y convencidos de que no, ó reducida al vientre, si existe, se comprime con los dedos una porcion de aquel correspondiente á tres traveses de dedo por cima del ombligo y se aplica á este sitio una ligadura con un cordonete; dos dedos más arriba se le liga de nuevo y en seguida se corta el cordon entre las dos ligaduras. El fundamento que tengo para aconsejar esta práctica es que con ella se evita que se produzca la ligera hemorragia que de ordinario tiene lugar por la extremidad placentaria, hemorragia que desengurgita algo á la placenta disminuyendo su peso y contribuyendo por tanto en cierto modo á retardar su desprendimiento. Algunos autores aconsejan no ligar el cordon al

fétus, pero yo he sido testigo de varias hemorragias y entre ellas una considerabilísima de una hija mia á causa de haberse puesto floja la ligadura.

Ligado y cortado el cordon se entrega el fétus á una de las asistentes, cubriéndolo con un lienzo de abrigo, recomendando que lo tenga acostado sobre uno de los lados y extrayéndole de la boca las mucosidades ó sangre que pueda contener. En seguida vuelve el profesor al lado de la mujer, á la que no abandona hasta que ha expulsado la placenta, y mientras ella descansa ántes de ser trasladada á la cama hay lugar de atender al fétus.

Se reconoce si en este hay algun vicio de conformacion y con especialidad de los que son incompatibles con la vida extra-uterina y se procede á lavarlo y vestirlo. En todas las casas ricas ó pobres de Andalucía tienen preparado vino blanco y agua caliente para lavar el niño, sea débil ó robusto y atribuirian cuantas calamidades pudieran sobrevenirle al recien nacido, á la omision de emplear el vino. Hay, pues, que transigir con esta costumbre, estando en nuestras manos disminuirlo hasta una cantidad homeopática y poner el líquido todo lo caliente ó frio que sea necesario, segun la estacion y la robustez del niño. Para lavar éste se pone en una palangana el agua vinada ó pura que se necesite, se coge el fétus de modo que con la mano derecha se abraza su cuello y parte superior de los hombros y con la izquierda se sujetan los pies, colocándola con la palma hácia arriba y de modo que el pié izquierdo esté cogido entre el pulgar y el índice y el derecho entre el medio y los dos dedos restantes. Se sumerge al niño en el agua dejando fuera la cabeza, y con una esponja se procura quitar toda la sangre y el sebo que principalmente tiene en las flexuras de las articulaciones, y en los pliegues que forma la piel del cuello. Cuando ese sebo

es en gran cantidad y no se quita con el agua y vino, coloca el profesor al fétus sobre sus rodillas protegidas por una sábana en cuatro dobleces y con aceite de olivas ó de almendras dulces y la esponja ó un lienzo cualquiera se le va quitando poco á poco.

Lavado el recien nacido se procede á vestirlo, pero ántes hay que hacer la curacion del ombligo. Se toma una compresa de forma cuadrada, en cuyo centro se le ha practicado un agujero, se la moja en aceite y se hace pasar por el agujero citado el cordon umbilical doblando sobre él la compresa; se coloca otra compresa encima y luego un vendaje de cuerpo ó lo que llaman las mujeres faja de ombligo, que es un trozo de venda muy historiada que apénas basta para dar vuelta y media al tronco y que en uno de los extremos tiene un pedazo de cinta que dá otras dos vueltas más. En seguida se le cubre la cabeza con un capillo de lienzo (generalmente son de blondas y cintas) si la estacion es caliente ó con el mismo y otro de crochet si estamos en tiempo frio, y sucesivamente se le va poniendo primero la camisa, que generalmente es sin mangas y abierta por delante con un boton para abrocharla; luego se le vuelve, poniéndolo en decúbito abdominal, se le dobla la camisa para arriba, se le coloca desde la cintura para abajo un pedazo de lienzo más largo que ancho, que llaman el metido ó metedor, el cual se le hace pasar entre las piernas; se coloca encima otro pedazo de lienzo mayor, que es el pañal y despues dos ó tres de balleta (la más exterior la más bonita) que son las mantillas; se pone de nuevo el recien nacido en decúbito dorsal y se le van poniendo en órden todas las prendas dichas, procurando que el pañal y las mantillas den cada uno vuelta y media al tronco, y acto contínuo se procede á fajarlo, lo cual consiste en sujetarle dichos lienzos al

torax con varias vueltas de una venda tejida de tres traveses de dedo de ancho, en cada una de cuyas extremidades tiene una cinta que se anudan entre sí, sujetando en ellas una reliquia cualquiera que la piedad de los padres de la criatura, si son católicos, tiene siempre prevenida, y la cual, segun las mujeres, la preserva del *mal de ojo*. Falta tan solo colocarle la bata que lleva una cinta para la cintura y la mantellina que es una toquilla de bombasí labrado ó un pañuelo de esta ú aquella tela que se le pone en la cabeza á estilo de toca.

Una vez vestido el chico, tienen sus madres (máxime si son primerizas) una satisfaccion inmensa en que el mismo profesor sea quien se lo lleve á su lecho y se lo entregue y por tanto ningun trabajo nos cuesta darle gusto en esto.

Si el recien nacido es niña, se acostumbra completar su tocado perforándole el lóbulo de ambas orejas ó bien con un arete perforador que se deja colocado ó con una aguja gruesa redonda enhebrada (es de rigor, segun las mujeres, que sea en seda encarnada) dejándole anudada una asa de la seda, á fin de que con la interposicion de este cuerpo extraño se quede permanente, para la colocacion de los sarcillos, el agujero hecho.

Despues de lavar al niño unas veces, y cuando la mujer está muy cansada antes que proceder al lavatorio, se lleva á la recien parida á su cama para lo que sin permitirla ir sola, la coje el profesor si se conceptúa con fuerzas suficientes, pasándole el brazo derecho por detrás de la espalda á posar la mano sobre el costado derecho de ella é indicándole que se sugete á su cuello, y el brazo izquierdo por la parte posterior de los muslos próximo á la pélvis, de cuyo modo se la puede conducir con mucha facilidad y depositarla en su lecho. Si el profesor no se

considera con fuerzas suficientes ó cree que esta ocupacion puede lastimarle en algo, se le cede al marido de la parida ó á otros individuos; pero oponiéndose siempre á que ella sea la que se traslade á su cama. Antes de sacarla de la camilla se le han lavado las partes genitales con agua y vino templados y se la ha puesto una camisa seca y limpia, ligeramente calentada, y una bata, despojándola de todos sus vestidos y se ha calentado tambien la cama, pues generalmente al entrar en ella sienten un frio considerable que nada sin embargo significa.

Ya en su lecho y pasado el frio, se le pone un vendaje de cuerpo medianamente apretado al vientre ó una tohalla sugeta con alfileres, con el objeto de favorecer la contraccion del útero y la vuelta á su estado normal de las paredes abdominales, y despues de todo se le prescriben unos paños empapados en vino y aceite templados á las partes genitales, algunas cucharadas de una pocion oleosa y si no es primípara una mixtura calmante para dominar la intensidad de los entuertos y además una bebida atemperante (un cocimiento de las raices de escorzonera y de malvavisco se usa generalmente). Si ha de lactar, no importa que despues que descanse y áun duerma algun rato, se ponga el recien nacido á los pechos, pero en caso contrario se suprimirá esto, se le aconsejará que se comprima ligeramente con un corpiño las mammas desocupándolas con una mamadera siempre que estuvieren demasiado cargadas de leche y con esto basta y sobra en la inmensa mayoría de casos para que se retire esta sin inconveniente alguno, tanto que jamás en ocasiones idénticas me he visto precisado á recetar ningun diurético ni medicamento alguno lactífugo. La alimentacion debe consistir en los primeros dias en dos ó tres sopas y algunos caldos, suprimiendo aquellas miéntras dure la fiebre lác-

tea (si se presenta) y creo demás advertir que se ha de aconsejar la mayor tranquilidad física y moral para una mujer que se haya en idéntico caso de el que acaba de sufrir una operacion grave.

La primera visita que haga el profesor á la recien parida será ántes que trascurran las doce horas del parto y entónces se enterará cuidadosamente de si el flujo loquial es más ó ménos exajerado de lo que corresponde y si ha orinado y en caso negativo practicará acto contínuo el cateterismo que tendrá cuidado de repetir dos ó tres veces en cada veinte y cuatro horas, si la retencion de orina subsistiese.

Hasta los ocho dias no debe en rigor permitirse á la mujer que abandone el lecho, y desde que pase la fiebre láctea puede alimentársele, aunque sin usar estimulante alguno, si bien se le permitirá un poco de vino de Jerez ó Amontillado en las comidas. A los quince ó veinte dias se ha verificado ya la involucion del útero y sólo despues de esta fecha podrá volver á la vida matrimonial.

Respecto al recien nacido se le dará en las primeras veinte y cuatro horas algunas cucharadas de agua azucarada ó de una pocion oleosa que favorezca la expulsion del meconio, pudiendo ponérselo la madre al pecho como he indicado, pues el *callostrum* que entónces mama le hace el efecto laxante que necesita. Tambien se vigilará si orina ó no y en este último caso se averiguará en qué consiste la dificultad. Diariamente se humedecerán con aceite las compresas que envuelven el cordon umbilical no habiendo inconveniente en reemplazárselas por otras con tal de que no se haga traccion alguna, y desde los cinco dias en que por término medio se desprende el cordon se locionará con algun líquido emoliente ó astringente, segun los casos, el ombligo, y áun se le expolvo-

reará con los polvos de rosas. La faja de ombligo ó vendaje umbilical debe continuársele poniendo siquiera hasta fin del segundo mes y despues de esta fecha es cuando deberá dársele algun alimento además del materno, el cual consistirá en alguna fécula ó una sopa de pan rayado en caldo de pollo, alimento que podrá aumentársele paulatinamente en cantidad y hacerlo más nutritivo á manera que va completándosele la primera denticion, no habiendo inconveniente alguno en destetarlo á los diez y ocho ó veinte meses de vida extra-uterina.

Hasta aquí se ha supuesto que todo ha ocurrido normalmente y que el fétus se hallaba bien desarrollado y robusto. Veamos ahora el reverso de la medalla.

Si el parto ha sido distócico, esencial ó accidentalmente y máxime si la mujer ha tenido que sufrir alguna operacion manual ó instrumental se atenderá á ella ante todo y hasta que no se le haya dejado en su cama y con los cuidados que exija su estado, no se atenderá al nuevo ser. El régimen en estos casos, del que ya he hablado al tratar de la operacion Cesárea y de la sinfisiotomía, será severísimo y á la completa y absoluta tranquilidad de cuerpo y de espíritu se unirá una dieta más ó ménos severa, segun lo ocurrido en el parto, y claro es que entónces el tratamiento será el que indiquen los fenómenos que se presenten (segun se expondrá en el lugar oportuno) y tanto el tiempo de permanencia en cama como aquel en que pueda dedicarse á sus ocupaciones habituales será distinto del que acabo de exponer.

Pero el fétus tambien puede exigir grandes cuidados si se encuentra débil por escaso desarrollo ó por mala constitucion, ó está enfermo, ó nace en un estado de muerte aparente.

A Fortunato Liceti, que nació de seis meses de vida

intra-uterina, hubo que rodearle de algodon en rama, mantenerle una temperatura elevada constantemente y alimentarlo con algunas cucharaditas de leche templada mezclada con agua, interin no fué desarrollándose y fortaleciéndose. Una conducta idéntica habria que observar en caso análogo y si el fétus sólo estuviera débil ó con un desarrollo escaso, pero no tanto como el indicado, entónces sí que seria conveniente lavarlo con vino y agua á una temperatura bastante dulce, vestirlo pronto con ropa calentada y fiárselo á una mujer que le dé calor constantemente en su seno, no siendo extraño que no tenga fuerzas para mamar y deba alimentársele como á Fortunato Liceti.

Las enfermedades que puede traer el fétus al nacer unas son incompatibles con la vida extra-uterina y otras más ó ménos susceptibles de curacion le permiten esta vida. Claro es que aquí prescindo de los vicios de conformacion, los cuales pueden clasificarse de idéntica manera; pero tanto estos como aquellas deben diagnosticarse desde los primeros momentos, no solo para administrar el agua de socorro al fétus si su estado lo exige, sino tambien para ir acostumbrando á la mujer y á su familia á la idea de un término funesto si este fuera de temer. Nada más digo en este lugar de estas enfermedades ni de estos vicios de conformacion porque he de ocuparme de ellos al tratar de la patología especial del niño.

Otras veces nace el fétus en un estado de muerte aparente, ya presentando una coloracion rojo-violácea de la piel, tumefaccion de la cara y proyeccion de los ojos hácia adelante; ó ya una palidez general, flacidez de los miembros y salida expontánea del meconio, razon por la cual se ha creido que en el primero de estos casos se trataba de una apoplegía y en el segundo de un síncope. Estas

ideas pudieron tener acogida cuando se creia en la comunicacion directa de la placenta con la matriz por el intermedio de los vasos útero-placentarios, pero hoy que se ha visto que esta comunicacion no existe y que se han hecho numerosos estudios sobre los fenómenos que caracterizan cada especie de muerte, se ha venido á comprobar que esos dos estados del recien nacido, tan distintos al parecer, revelan una sola causa de muerte, á saber, la asfixia, y solo indica cada uno la manera como la asfixia se ha verificado, es decir: lentamente en los casos que se han llamado de apoplegía, rápidamente en los de síncope.

Pero aunque la causa principal de la muerte del fétus sea única, no por eso debemos dejar de fijarnos en la investigacion de los síntomas, pues desde luego ha de suministrarnos indicaciones muy apreciables para el tratamiento.

Dicha asfixia puede ser ocasionada ó por una compresion del cordon umbilical entre la cabeza del fétus y la pélvis de la madre, ó por rotura del mismo ó por desprendimiento prematuro de la placenta, ó por una escesiva retraccion del útero sobre el fétus que produzca la falta de circulacion de los vasos de esa entraña, ó por lesiones del cerebro del fétus, pues este órgano, si bien de poco interés para la vida intra-uterina, lo es y mucho para la exterior.

El *pronóstico* de la muerte aparente del fétus está ligado á la naturaleza de la causa productora de esta, al tiempo presumible que ha durado y á la posibilidad de suministrarle en el acto los auxilios necesarios. Se ha considerado como uno de los signos indudables de la muerte la ausencia absoluta de latidos cardiacos, y en efecto, si estos no son percibidos por la auscultacion, nada debe-

mos esperar, aunque siempre se debe intentar algo en pró del fétus, no porque haya habido casos de vuelta á la vida en estas circunstancias, sino por si acaso nuestros sentidos nos han engañado y las pulsaciones existen; y además para que la familia comprenda que se ha hecho cuanto es posible para impedir el resultado temido.

Tratamiento. Si el fétus hubiere nacido débil, pero en estado de salud, hay que cuidar mucho de no cortar el cordon umbilical antes de haberlo ligado, á fin de que no pierda una sola gota de sangre; se le sumergirá luego en un baño compuesto de vino y agua caliente, dentro del que se le friccionará el ráquis y los miembros con una franela, se le secará luego cuidadosamente repitiendo las fricciones, pero secas, y poniéndolo en una habitacion muy abrigada, procurando luego envolverlo en telas de algodon ó de lana préviamente calentadas y sin ponerle faja para no fatigarlo en lo más mínimo. Si mama se le pondrá al pecho de una mujer que tenga algun tiempo de parida, y si no puede hacer la succion se le darán algunas cucharaditas de leche líquida de mujer ó de burra, insistiendo en todos estos cuidados hasta que haya adquirido la robustez suficiente.

Si el niño nace en estado de asfixia y la coloracion de su piel fuera rojo-oscura, la cara estuviere abotagada, etc. se dejará salir del cordon alguna cantidad de sangre antes de ligarlo, se le espurreará agua fria en la cara; se le flagelarán las nalgas; se le introducirá el dedo pequeño en el intestino recto para provocar la expulsion del meconio; se le friccionará en la region precordial y en el ráquis con una franela caliente ó empapada en vino ó en alcohol; se le titilará la úvula y escitará ligeramente la epiglotis con las barbas de una pluma de ave, se le insuflará aunque sin fuerza alguna cantidad de humo de

tabaco en su aparato respiratorio; se comprimirán alternativamente las paredes torácicas y abdominales imitando los movimientos respitorios; se le introducirá, sirviendo de conductor el dedo índice de la mano izquierda, un tubo de asfixia en la laringe, por el que se insuflará de una manera intermitente alguna cantidad de aire, aunque sin muchos esfuerzos para no romper las vesículas pulmonales, procurando tapar la abertura de la nariz é imitando al mismo tiempo los movimientos de la respiracion; se aplicará la electricidad, poniendo uno de los reóforos en el cuello en el punto en que el músculo omóplato-hioideo pasa por debajo del externo-cleido-mastóideo, cruzando el borde anterior de este músculo, y el otro reóforo en el 7.° espacio intercostal, procurando producir con la corriente electrica el movimiento inspiratorio, é imitando el espiratorio quitando los reóforos y comprimiendo en el epigástrio.

Insistiendo en estos medios que nunca deberán suspenderse hasta unos diez ó doce minutos despues de la cesacion absoluta de los ruidos del corazon, se ha conseguido volver á la vida multitud de recien nacidos por quien es ya se desesperaba.

Si el fétus nace pálido y flácido se suprimirá la sangria del cordon, aunque empleando todos los otros recursos que acabo de indicar.

LECCION XLV.

Del uso de los anestésicos en el parto.—Indicaciones del cornezuelo de centeno.

Los dos puntos de que someramente voy á ocuparme en esta leccion, son de un interés sumo en obstetricia y su resolucion es de gran trascendencia.

Uso de los anestésicos en el parto.

En Febrero de 1847 empleó Simpson por primera vez el éter como anestésico en un parto, y habiendo obtenido éxito feliz, procuró extender esta práctica, aunque sustituyendo aquel agente con el cloroformo.

El uso de los anestésicos no tardó en popularizarse, y aunque desde los primeros momentos se atrajo enemigos acérrimos, esto no ha sido obstáculo para que en Inglaterra, Estados-Unidos, Francia y Alemania, tenga decididos partidarios. En España se ha usado muy poco semejante medio en la práctica de los partos, y traida esta cuestion al seno de la Real Academia de Medicina de Madrid por el Dr. Alonso y Rubio en Febrero de 1874, provocó acaloradas discusiones, en la que vino, sin embargo á demostrarse que hasta el presente, ni los anestésicos se han usado mucho por los tocólogos españoles, ni entre estos hay entusiastas por su uso.

No entraré en la multitud de cuestiones que la anestesia en general levanta, ni me ocuparé de las razones que hacen preferir este sobre aquel agente anestésico;

basta para mi objeto recordar que á pesar de la luch entablada entre los partidarios del éter, del cloroformo y del protóxido de ázoe y de la celebrada inocuidad de este último, hoy despues de haberse observado algunos casos de muerte producida por él, la balanza vuelve á inclinarse del lado del cloroformo. Sin embargo, una estadística numerosa recogida por el Dr. Coles hace considerar al éter como el más inofensivo de todos los anestésicos, sin que á pesar de esto y de haber sido el primero de estos agentes que se usó, haya prevalecido.

Dicha estadística, en que no vá incluido el protóxido de ázoe, que no habia sido experimentado lo suficiente cuando aquella se hizo, es la siguiente:

	Número de casos.	Muertes.	Proporcion.
Eter.	92.815	4	1 por 23.204
Cloroformo	152.260	53	1 por 2.873
Mezcla de cloroformo y éter.	11.176	2	1 por 5.588
Bicloruro de metilena.	10.000	2	1 por 5.000

En Cádiz se está empleando el cloroformo desde el año 1848 en la inmensa mayoría de las operaciones que se practican, y sin embargo NO SE CUENTA UN SOLO CASO en que la muerte haya sido la consecuencia directa é inmediata de este uso. Y digo consecuencia directa é inmediata, porque yo abrigo la conviccion (que no es de este lugar sostener) de que quizás tiene alguna parte el cloroformo en la muerte de muchos operados, que sin grandes pérdidas de sangre ni lesiones de mucha consideracion sucumben dentro de las primeras 24 horas de la operacion sin que haya podido verificarse la reaccion y con todos los síntomas de una asfixia lenta.

Siendo el cloroformo el anestésico más generalmente

usado, á pesar de la aparente contradiccion que hay entre esto y los resultados obtenidos, de él es de quien me ocuparé, aunque puede extenderse á los otros agentes lo que de aquel indique.

La anestesia clorofórmica comprende tres períodos, el de excitacion, el convulsivo y el de relajacion completa. Durante el primero, que se traduce frecuentemente por algunos movimientos del enfermo y una locuacidad extraordinaria, la sensibilidad subsiste; pero en el segundo, en que á esta locuacidad acompañan verdaderas convulsiones clónicas y áun tónicas en ciertos casos, y con más especialidad en el tercer período, en que hay un silencio absoluto del enfermo y una relajacion muscular completa que puede trasmitirse á los músculos de la vida de nutricion y determinar una muerte rápida, la insensibilidad es absoluta.

Teniendo en cuenta esta accion del cloroformo y para decidir tanto su utilidad en el parto como el período de la cloroformizacion á que es prudente llegar, hay que resolver las siguientes cuestiones preliminares: 1.ª, influencia de la anestesia clorofórmica sobre las contracciones uterinas; 2.ª, influencia de la misma sobre la circulacion inter-útero-placentaria, y por consiguiente sobre la vida del fétus; 3.ª, peligros de los anestésicos para las parturientes; 4.°, efectos consecutivos próximos ó remotos de la anestesia en el puerperio.

1.°

¿La cloroformizacion influye sobre la intensidad ó duracion de las contracciones uterinas? En multitud de experimentos hechos sobre animales se ha visto que la influencia de los agentes anestésicos se ejerce sobre los nervios de la vida de relacion, y por lo tanto sobre los músculos de la misma vida, cuya contractilidad se

suspende completamente en el período de relajacion, pero continuando durante este período las contracciones de los músculos de la vida orgánica, lo cual se comprende perfectamente, pues á no ser así, dicho período de relajacion seria sinónimo de muerte. Así es que el corazon continúa en sus movimientos, lo mismo que el estómago, los intestinos, etc.; pero áun hay más; aquellos músculos rojos animados por nervios de la vida de relacion, pero en los que tambien se distribuyen los del simpático mayor, como significando que tambien son necesarios para la vida orgánica, ó de otro modo, que son unos músculos mixtos respecto á su uso, tampoco se parizalan; testigo de ello principalmente los músculos que sirven para la respiracion. El útero, que como se ha dicho en su lugar oportuno, recibe algunos nervios del plexus sácro tambien, y en gran número del trisplánico, es uno de los órganos en el que una vez determinadas las contracciones no se suspenden por la anestesia, sino que continúan con la misma intensidad hasta la completa expulsion del producto. Sin embargo, Campbell asegura que durante el primer período de dilatacion del cuello, las retarda algun tanto.

De todas maneras y como resultado de la observacion y la experiencia, puede establecerse con seguridad que la anestesia no suspende las contracciones uterinas, sino á lo sumo las retarda y disminuye su intensidad, si se le aplica antes de la dilatacion del cuello.

2.°

¿La anestesia puede interrumpir la circulacion útero-placentaria, ocasionando en su consecuencia la muerte del fétus por asfixia? Novecientos cuarenta y dos casos en que Campbell empleó la cloroformizacion sin el menor accidente que le pudiera ser atribuido; 150 casos de

Simpson entre los que solo una vez nació muerto el fétus, pero en un estado de putrefaccion bastante adelantada; 540 partos naturales recogidos por Murphy de los que en 360 se empleó el éter y en 180 el cloroformo, sin muerte alguna del fétus, etc. etc., son una prueba bastante concluyente de la inocuidad de los anestésicos para el fétus.

3.°

¿Qué perjuicios producen los anestésicos en las parturientes? Hasta hoy no se conoce un solo caso en que la anestesia haya ocasionado la muerte de la parturiente durante el trabajo, bien haya sido producida en partos naturales, bien en partos distócicos y que hayan exigido operaciones manuales ó instrumentales, y eso que principalmente en Inglaterra y en América se ha abusado de los anestésicos. Casi todas las mujeres vuelven en sí despues de la expulsion del fétus, contentas y agradecidas, y muchas no tardan en conciliar un sueño natural muy reparador en estas circunstancias.

4.°

¿Cuáles son los efectos consecutivos de los anestésicos administrados durante el parto? Estos efectos se observan ó sobre la organizacion en general de la mujer ó sobre su aparato generador. Conocido de todos los prácticos es el estado en que quedan muchos individuos á quienes se ha sometido á graves operaciones quirúrgicas, despues de la cloroformizacion, y yo que afortunadamente hasta ahora no he visto sucumbir ninguno durante la anestesia, recuerdo en este momento más de tres y más de cuatro enfermos que habiendo quedado en un estado de postracion considerable (despues de operaciones insignificantes y sin lesion de vasos ni de nervios de consideracion) insensibles á todo, en un estupor muy notable, con

vómitos continuados y que han sucumbido antes de las 36 horas sin haber la reaccion más mínima y demostrando la autopsia la existencia de gruesos coágulos en el corazon y los grandes vasos y una hiperemia muy notable en los pulmones. ¿Podrán estos casos de muerte atribuirse al cloroformo? Por mi parte siempre lo he creido y á estos aludia más arriba. Sin embargo, recuérdese lo dicho en el párrafo anterior de que, quizás por la administracion especial de los anestésicos en el parto, no se conoce un caso fatal.

En cuanto al efecto consecutivo del cloroformo en el útero, es un estado de inercia que tanto predispone y áun es causa ocasional de hemorragias despues del parto, y la tardanza que á consecuencia de esa inercia se nota en la involucion del útero, período verdaderamente crítico en que esta entraña tiene una predisposicion notable á toda clase de enfermedades.

De la resolucion de estas cuestiones secundarias dedúcese la de la principal. La anestesia en el parto no tiene otros inconvenientes para la madre que la inercia consecutiva de la matriz y el retardo en la involucion; y respecto al fétus es completamente inocente. Pero téngase en cuenta que aludo siempre á la administracion de los anestésicos como prescriben Simpson, Dubois, Danyan, etc. etc., es decir, determinar una anestesia rápida por medio de inhalaciones frecuentes y fuertes, y una vez conseguida y vigilando constantemente el estado de la respiracion, del pulso y de las contracciones uterinas, suspenderlas y limitarse á hacer algunas cuando la anestesia comience á desaparecer. Murphy dice que seis escrúpulos de cloroformo por hora es suficiente á conseguir el objeto deseado y Denhan eleva esta dósis á una onza.

Respecto á las indicaciones de los anestésicos en el parto podrian estenderse á todos los casos si no existieran los inconvenientes que he citado, pero teniéndolos en cuenta las limitaremos á los siguientes:

1.° *Parto eutócico.* Sensibilidad exagerada de la mujer. Longitud excesiva del trabajo. Presencia de los dolores llamados de riñones.

2.° *Parto distócico.* Rigidez y contractura del cuello uterino. Irregularidad en las contracciones. Graves temores de eclampsia ó existencia de ésta ó de cualquiera otra clase de convulsiones.

3.° *Operaciones tocológicas.* Version. Aplicacion del forceps ó del cefalotribo. Embriotomía. Operacion Cesárea y sinfisiotomía.

Uso é indicaciones del cornezuelo de centeno en la práctica de los partos.

Voy á abordar la segunda de las cuestiones que debo tratar en esta leccion y que es sin duda alguna tan importante ó más que la resuelta anteriormente.

El cornezuelo de centeno es uno de los medicamentos que más bienes han producido en la práctica de los partos, pero es tambien aquel que más víctimas ha ocasionado, debidos uno ú otro resultado á la oportunidad y al modo de su administracion.

De algun tiempo á esta parte veo muy generalizada entre las matronas la costumbre de llevar siempre consigo varias dósis de este medicamento que administran en cuanto notan que el parto no termina tan pronto como á ellas les acomoda, sin reparar en que haya ó no dolores y aunque estos tengan una intensidad considerable, y sin

tener en cuenta si existe ó no verdadero retardo en el parto y mucho ménos las causas de este retardo. Si el cornezuelo no fuese un arma de dos filos y de su uso no pudieran sobrevenir accidentes gravísimos para la madre y para el fétus, nada diria sobre este abuso que en último resultado es uno más á agregar á la lista inmensa de los cometidos por muchas de esas señoras; pero como la muerte de uno ú otro de dichos séres ó la de ambos puede ser el producto de una mala administracion del cornezuelo, de aquí que levante mi voz sobre este particular por si consigo la oigan los que se dedican á la instruccion de las matronas, á fin de que les inculquen, limiten su intervencion en los partos á reconocer si existe una presentacion natural susceptible por tanto de terminarse expontáneamente y recibir la criatura.

El cornezuelo se cree sea un hongo nacido sobre el centeno, al que De-Candolle llamaba *Sclerotium clavus* y Leveillé *sphacelia segetum*. Wiggers que lo ha analizado, ha encontrado en él un aceite craso particular, una materia crasa cristalizada, cerina, ergotina, osmazomo, manito, materia gomosa extractiva, albúmina, fungina, fosfato ácido de potasa y cal. Se le administra recien pulverizado á la dósis de 6 á 10 granos (0'3 á 0'5 gramos), repetida tres ó cuatro veces, en infusion y en jarabe (jarabe de Calcar). Bonjeam cree que en la ergotina se encuentra el principio activo del cornezuelo, pudiéndosela administrar hasta la dósis de una drachma ó drachma y media (4 á 6 gramos).

El cornezuelo es de un uso muy remoto, pues ya en 1688 Camerarius aseguraba que en su tiempo lo empleaban las matronas (ignoro si con el mismo tino que ahora), pero hasta una fecha muy reciente (á fines del siglo pasado) no ha sido perfectamente conocido, merced á los tra-

bajos de Stearnes, Prescots, Dubois, etc., y precisadas sus indicaciones.

De todas las experiencias hechas con este medicamento se deduce.

1.° Que á pesar de lo asegurado en contra, el cornezuelo de centeno produce contracciones en úteros dilatados, si no existian, y las reanima si estaban debilitadas ó suspendidas.

2.° Estas contracciones se diferencian de las expontáneas en que son ménos intensas, irregulares, sin marcada intermitencia y no incitan á las mujeres á ayudarse ó sea á *hacer los dolores.*

3.° De esta irregularidad y falta de intermitencia se puede originar un estado tetánico del útero, produciéndose un trastorno considerable en la circulacion inter-útero-placentaria, causa inmediata de la asfixia del fétus.

4.° El cornezuelo se convierte en una sustancia inerte si no se le administra recien pulverizado.

Teniendo en cuenta estas propiedades del cornezuelo de centeno, fácilmente se comprende que para administrarlo durante el parto es preciso que el *útero se halle en inercia, pero encontrándose el cuello completamente dilatado, y no existiendo causa alguna por parte de la madre ni del fétus, que pueda oponerse á la pronta terminacion del trabajo.* Faltando alguna de estas condiciones se rechazará completa y absolutamente su uso.

En el alumbramiento tambien podrá administrársele en los casos de inercia uterina complicada con hemorragia, pero sin prescindir de los otros medios que se indicaron en la leccion última.

Se le usa sin inconvenientes en las hemorragias *post partus.*

LECCION XLVI.

Tratamiento de una embarazada en la que desde los primeros meses se ha comprobado una estrechez considerable de la pélvis.—Método debilitante de Moreau.—Aborto quirúrgico. Su division en aborto propiamente dicho y parto prematuro artificial.—¿Es lícito el aborto quirúrgico? Sus indicaciones.

Régimen debilitante de Moreau.

Ante la gravedad inmensa de las operaciones que ya sobre la madre, ya sobre el fétus hay que practicar en los casos de estrecheces de la pélvis de aquella, se ha ocurrido frecuentemente á los parteros la idea de buscar un medio que, una vez diagnosticada esa estrechez en los primeros tiempos del embarazo, pudiera evitar en el parto las referidas operaciones.

Moreau concibió sujetar á las mujeres á que aludo á un régimen debilitante desde los primeros meses, y á pesar de lo notado por Baudelocque y observado diariamente de que mujeres muy próximas al marasmo por diferentes causas (los vómitos incoercibles entre ellas) han dado á luz fétus muy robustos y desarrollados, se poseen tambien algunas observaciones y entre ellas dos muy concluyentes de Depaul, que hablan en apoyo de la utilidad del régimen debilitante de Moreau. Este régimen consiste en disminuir considerablemente la cantidad habitual de alimentos, administrar con frecuencia medicamentos purgantes y practicar á menudo emisiones de sangre. Como se vé, este régimen, cuya severidad ha de estar en razon

directa del grado de estrechez de la pélvis, no deja de ser penoso para la mujer ni está exento de riesgos, máxime cuando es sabido que el estado ordinario de las embarazadas al llegar á cierta época es la clorosis.

Por otra parte los resultados no son seguros ni con mucho; solo puede aplicarse en los casos ménos graves de estrechez, es decir, cuando la pélvis tiene una pulgada próximamente de disminucion en sus diámetros y corremos la eventualidad de haber mortificado grandemente á la enferma, haber deteriorado su salud, haberla constituido en circunstancias poco á propósito para resistir operaciones de entidad, sin que hayamos conseguido el menor resultado respecto al fétus. No creo, pues, una gran cosa el régimen debilitante de Moreau, que solo lo aconsejaria en los casos en que la estrechez de la pélvis sea muy poco considerable, es decir, de media pulgada, y la mujer lo soportase siquiera regularmente.

La fórmula del régimen á que aludo, segun Depaul, es la siguiente:

1.° Se empezará el tratamiento al tercero ó cuarto mes de la gestacion.

2.° Se reducirá el alimento á dos ó tres sopas al dia, y un cocido en la comida de medio dia, sin gastarse más pan, incluyendo el de las sopas, que media libra cada veinticuatro horas. Una vez á la semana se concederán dos ó tres onzas de carne.

3.° Se harán sangrias de á una libra en el tercer mes, en el sesto, en el octavo y en el octavo y medio.

4.° Se podrá agregar un purgante de cremor de tártaro cada quince dias.

La disminucion de los alimentos se hará gradualmente hasta llegar á la cantidad indicada arriba.

Delfraysse asegura que el uso continuado del yoduro

yodurado de potasio durante los últimos meses de la gestacion, produce un efecto análogo y más constante que el régimen de Moreau, pero este aserto necesita aún la confirmacion de la práctica.

Aborto quirúrgico.

Ante la poca confianza que merecen los medios indicados, han tratado los tocólogos de apelar á otros cuya eficacia fuera mayor, surgiendo pronto á su imaginacion la idea de la anticipacion del parto en una época en que el desarrollo del fétus fuese tan poco considerable, como para que sus diámetros guardasen una proporcion lo más exacta posible con los de la pélvis estrechada.

Esta anticipacion del parto ha recibido el nombre de aborto quirúrgico, dividiéndose en parto prematuro artificial cuando se lleva á cabo en una época en que el fétus es viable, y aborto quirúrgico propiamente dicho cuando no existe dicha viabilidad.

A.—Parto prematuro artificial.

En la página 59 de esta obra se establece que el fétus es viable despues de cumplidos los seis meses de vida intra-uterina; ahora bien, al sétimo mes el desarrollo del nuevo ser, si bien suficiente para garantizarle su existencia exterior, dista mucho del que debe tener al término natural de la gestacion y esta diferencia llega al punto que segun multitud de mediciones hechas con escrupuloso celo, el diámetro biparietal de la cabeza tiene 3 pulgadas escasas (0,^{m} 068) de extension, pudiendo áun reducirse 4 ó 5 milímetros y los demás diámetros en la misma proporcion.

De este hecho se deduce naturalmente no solo la indi-

cacion del parto prematuro sino hasta la eleccion del momento en que dicha operacion debe practicarse. Basta hacer la medicion de la pélvis y calcular la época de su desarrollo en que los diámetros de la cabeza del fétus se hallan en proporcion con los de aquella para decidirnos.

Fáltanos, sin embargo, resolver si nos consideramos ó no autorizados para anticipar el parto en estos casos, teniendo en cuenta por un lado las prescripciones de la moral y por otro las de la ley que impone severas penas á los que producen ó coadyuvan al aborto.

Respecto á la cuestion en el órden moral, yo la creo completamente resuelta en el momento en que se considere lo que ha de sobrevenir de anticipar el parto y lo que ocurrirá de no hacer dicha operacion. De una estadística recogida por Lecour y que abraza 250 casos han sobrevivido más de la mitad de los fétus, falleciendo apénas una mujer de cada 16.

De no proceder al aborto habrá que recurrir á la cefalotricia ó á la sinfisiotomía y el resultado de estas dos operaciones es infinitamente más desconsolador que el que acabo de indicar. En efecto, en la primera de estas operaciones se pierden todos los fétus y el 20 por 100 de las mujeres; y en la segunda, segun Baudelocque, de 40 observaciones se han perdido 14 mujeres y 28 niños.

Si nuestra mision es, pues, procurar la salud y la vida de los seres que se encomiendan á nuestro cuidado y el resultado de anticipar el parto es salvar á 365 seres de 500, el de la cefalotricia 200 de 500, y el de la sinfisiotomía 238 de los mismos 500, claro es que la moral léjos de prohibirnos, nos impone el deber indeclinable de buscar el medio que más ciudadanos conserva al estado y más ovejas al rebaño de Cristo.

En cuanto á la interpretacion legal, el aborto crimi-

nal es la expulsion violenta del fétus del claustro materno con propósito de causarle la muerte; y faltando á la operacion de que se trata, la condicion moral, expresa y terminante de la dicha definicion y ejercitándose por el contrario con el objeto de conservar la vida al fétus, falta la criminalidad del hecho, y por lo tanto la anticipacion del parto hecha con un fin médico, no es y ni con mucho el aborto criminal que castiga la ley.

Veamos ahora las indicaciones del parto prematuro artificial:

1.ª Estrecheces de la pélvis por cima de 2 pulgadas y 5 líneas (0,m 066). Claro es que en estos casos mientras ménos considerable sea la estrechez, más se puede retardar el momento de la expulsion del fétus que de este modo irá aumentando sus probabilidades de vida exterior.

2.ª Partos anticipados expontáneos en varios embarazos anteriores producidos por la muerte del fétus en época determinada de la gestacion. Hay mujeres en las que á causa de una irritabilidad excesiva del útero, ó por otros motivos no llevan un embarazo á término, viéndose sucumbir constantemente sus fétus casi en la misma época; y en ellas por muy pocas probabilidades de vida que tuviera el nuevo ser, anticipando artificialmente el parto al tiempo en que esa muerte ocurre, han de ser indudablemente mayores que las que ofrece abandonando el asunto á la naturaleza.

Además se halla indicada esta operacion en los mismos casos que serán citados al tratar del aborto quirúrgico propiamente dicho. Algunos profesores pretenden que tambien debe practicársele en las enfermedades agudas graves de la madre, pero teniendo en cuenta que estas generalmente determinan el aborto y que este aborto en esos casos, al mismo tiempo que fatal para el fétus, casi

siempre lo es muy á menudo para la madre, yo creo que en ellos, léjos de favorecer la expulsion del fétus debemos oponernos á ella por todos los medios posibles.

Para anticipar el parto se ha apelado á multitud de medios. Quien ha creido bastante las fricciones secas á la region del vientre ocupada por la matriz; quien ha apelado á la electricidad aplicando los electrodos uno al fondo de la matriz á través de las paredes abdominales y otro al hocico de tenca; quien ha recurrido al tamponamiento renovándolo diariamente hasta que el objeto se consiga; quien aconseja las duchas al cuello uterino hechas con el irrigador de Eguissier, valiéndose del agua á 35° Reamur y con la duracion de un cuarto de hora; quien administra el cornezuelo de centeno á la dósis de una drachma (4 gramos) dividida en cuatro papeles que se toman con media ó una hora de intervalo; quien preconiza la dilatacion del cuello hecha con la esponja preparada ó con instrumentos especiales; quien trata de despegar las membranas del huevo en cierta extension; quien por último recurre á la perforacion de estas. De todos estos medios los preferibles, no sólo por su accion más eficaz sino tambien porque ofrecen más probabilidades de vida para el fétus, son el desprendimiento de las membranas, la dilatacion del cuello y la escitacion del mismo. El más seguro es la perforacion de las membranas, pero es tambien el que ménos probabilidades brinda al fétus.

El desprendimiento de las membranas se hace ó bien tratando de forzar con el dedo índice el cuello é introducirlo entre la matriz y las membranas para desprender estas en la mayor extension posible, ó como quiere Cohen introduciendo por el orificio uterino, sirviendo de conductor el dedo índice izquierdo la cánula curva como la sonda de mujer y de 10 pulgadas (0,m 22) de largo, de

una geringa de estaño capaz de dos á tres onzas de agua (60 á 90 gramos), la cual se carga de agua de brea y con ella se hace una vigorosa inyeccion al interior de la matriz, pero hallándose la cánula colocada entre esta y las membranas, repitiéndose la inyeccion á las seis horas si no ha producido efecto la primera.

La dilatacion del cuello uterino se practica introduciendo en su orificio un cono de esponja preparada con un fiador ó sea un hilo anudado á ella á fin de poderla sacar cuando haya producido su efecto, valiéndonos para ello, así como para la introduccion, de un *especulum* de cristal de Fergusson. Tambien se la hace con dilatadores especiales de los que el llamado *especulum matricis* de los antiguos, se parece mucho al *especulum auris* de Ytard tanto en el tamaño como en la disposicion de la porcion que se ha introducido en el cuello uterino y tiene un mango largo y recto. Debe ser introducido sirviéndonos de conductor el dedo índice izquierdo. Hay otros dilatadores de mecanismos más complicados.

La excitacion del hocico de tenca se hace por medio de las duchas uterinas ó por el tamponamiento.

Para la perforacion de las membranas se usa del perforador de Meisner que consiste en una cánula de plata de 14 pulgadas (0,^{m}325) de largo y 2 líneas (0,^{m}004) de grueso, representando por la direccion de su eje un segmento de círculo de 9 pulgadas escasas (0,^{m}20) de rádio á la que pueden adaptarse dos mandriles, uno olivar y otro puntiagudo, cada uno de los cuales lleva un tope que impide su desmesurada introduccion. Para introducirlo se le pone el mandril olivar y una vez dentro del cuerpo de la matriz y habiendo hecho recorrer al instrumento cierta extension entre ella y las membranas, se saca el mandril olivar y se le sustituye con el puntiagudo que sobresale

de la cánula 5 líneas (0,m01), verificándose entónces la puncion de las membranas que, como ha tenido lugar muy alta, no determina la salida brusca y total de las aguas sino la de cierta cantidad, con cuya falta se despiertan las contracciones uterinas, no tardando en sobrevenir el parto.

B.—Aborto quirúrgico propiamente dicho.

En el parto anticipado se verifica la expulsion del fétus en una época en que ya es viable, y por lo tanto hay muy fundadas esperanzas de conservarle la existencia; pero el aborto propiamente dicho, practicado ántes de esa viabilidad, tiene como primera é inmediata consecuencia la muerte del nuevo ser sin dejar tampoco de exponer la vida de la madre. Preciso es, pues, que las circunstancias que lo indiquen sean tan supremas que disculpen un resultado tan poco satisfactorio, pues poco satisfactorio es sin duda alguna perder 107 individuos de cada 200 que tienen derecho á nuestros cuidados.

El aborto, pues, está en la misma categoría de la cefalotricia, porque como en esta hay que sacrificar todos los fétus, pero el resultado respecto á la madre está, si consultamos las estadísticas, en la proporcion del 4 al 5 por 100 de casos desgraciados en la primera, y del 20 al 25 por 100 en la segunda de estas operaciones, debiéndose fallar por tanto la cuestion á favor del aborto, si solo á las estadísticas nos refiriéramos.

Pero entre los casos en que está indicado el aborto, hay que contar en primera línea aquellos de una estrechez pélvica considerable en que sólo pudiera hacerse la operacion Cesárea, cuya gravedad nadie desconoce; los de vómitos incoercibles que llevarian seguramente á la tum-

ba á la madre y al hijo de no emplear aquel supremo recurso; los de hemorragias incoibibles que tambien han de concluir con ambos, y todos estos casos al par que aumentan las indicaciones del aborto lo hacen algunas veces un medio extremo, es cierto, pero imposible de ser sustituido por otro alguno.

Indicaciones del aborto quirúrgico:

1.ª Estrecheces pélvicas desde 2 pulgadas y 5 líneas (0,m066) abajo.

2.ª Vómitos incoercibles. (1)

3.ª Hemorragias muy frecuentes y abundantes ó contínuas.

4.ª Frecuentes accesos de eclampsia.

Esta última indicacion es la ménos precisa de todas, pues las maniobras que exige á veces la provocacion del aborto pueden ser causa de nuevos accidentes eclánticos.

Además, en los casos de enfermedades agudas graves de la mujer, si bien no es una buena práctica provocar el aborto, no se debe tener en cuenta en lo más mínimo el estado de gestacion para administrar los medicamentos heróicos que se hallen indicados, pues segun Heno, autoridad respetable entre los teólogos, «está permitido á la madre que se encuentre gravemente enferma tomar las medicinas que se dirijan directamente á curar la enfermedad áun cuando puedan originar la muerte del fétus.»

Los medios para provocar el aborto son los mismos indicados para anticipar el parto, figurando á la cabeza de todos ellos la perforacion de las membranas.

---

(1) Véase la pág. 177 y siguientes.

LECCION XLVII.

De la lactancia.—Lactancia natural. Lactancia materna. Condiciones de una buena nodriza.—Lactancia artificial. —Epoca del destete.

La naturaleza, próvida siempre con su criatura más predilecta, si ha dispuesto que al nacer sea el más débil é impotente de todos los animales, ha inspirado en su madre ese profundo amor al nuevo ser que la impele á darle los cuidados que tanto necesita y á arrostrar por él los más grandes sacrificios, al mismo tiempo que provocando en ella la secrecion mamaria, le dá los elementos indispensables para atender á su subsistencia.

Desde los primeros meses del embarazo las mammas adquieren cierta turgencia y si se les comprime dejan trasudar por el pezon algunas gotas de un líquido lactescente, y á medida que la época del parto se aproxima aquella se aumenta y la cantidad de este es mucho mayor, fenómenos que son áun más notables desde que ha tenido lugar la expulsion del nuevo ser. Entónces este líquido, llamado *callostrum*, es muy abundante, de un color blanco amarillento, un tanto viscoso y al microscopio presenta muchos glóbulos más pequeños que los glóbulos ordinarios de la leche, de los que tambien se encuentran algunos, entremezclados unos y otros con unos corpúsculos particulares (corpúsculos granulosos) y unidos todos por una materia viscosa. Si este *callostrum* es muy escaso y pobre en glóbulos lácteos y corpúsculos granulosos lo mismo que cuando aunque muy abundantes éstos aquellos son en

muy corto número, indican que la mujer ha de ser mala nodriza.

A partir desde la fiebre láctea, los glóbulos lácteos van adquiriendo cada vez más regularidad y siendo más numerosos al paso que los corpúsculos granulosos y los glóbulos de *callostrum* disminuyen sensiblemente hasta el punto de que á los quince dias han desaparecido del todo en la mujer cuya leche es de buena calidad.

La leche es un líquido blanco, de sabor dulce, que deja huella en el vaso en que se ha contenido y que dejando caer una gota en una lámina de vidrio se le vé con un microscopio de poco aumento separarse en dos partes; una sólida que son los glóbulos formados de materias butirosas, y otra líquida que contiene en disolucion una materia coagulable (caseum), azúcar de leche y diferentes sales. A medida que trascurre el tiempo, la materia líquida disminuye en cantidad y por lo tanto la leche se vuelve más viscosa. La mayoría de las mujeres *guardan la leche*, como ellas dicen, esto es, que durante la lactancia se suspende en ellas la ovulacion, pero esta regla tiene numerosas excepciones y se ha visto que las que menstruan mientras lactan son peores nodrizas que las otras, pues durante la menstruacion la leche se hace ménos rica y ocasiona á los niños frecuentes indigestiones, abstraccion hecha de las pérdidas que sufre la mujer cuya nutricion entónces alteran.

Las pasiones de ánimo, la mala alimentacion, una higiene algo descuidada, las enfermedades agudas ó crónicas, y ciertos medicamentos, ejercen una influencia perniciosa sobre la cantidad y las cualidades de la leche que redunda en perjuicio del niño. Sabido es que ciertos medicamentos se administran al recien nacido por el intermedio de su nodriza y que se ha ensayado con buen

éxito dárselos á las cabras á fin de hacer medicinal su leche.

Segun la manera de hacer la lactancia, se la ha dividido en natural y artificial, subdividiéndose la primera en materna ó mercenaria y la segunda en verificada por las hembras de ciertos animales, y artificial propiamente dicha ó por medio de instrumentos especiales. Hay tambien una lactancia mixta.

Lactancia natural. La lactancia más natural es la que (á despecho de absurdas preocupaciones, y despreciando los consejos de los estúpidos que aseguran que envejece á la mujer criar sus hijos á sus pechos) hace la misma madre. ¡Qué manantial purísimo de goces no encierra para una mujer virtuosa alimentar con su leche á la tierna criatura, fruto de sus legítimos amores y á quien por espacio de nueve meses ha abrigado en su seno y le ha hecho vivir con su vida misma!

Aun atendiendo solo al egoismo, á el interés, ¿por qué ha de ceder una madre la mayor parte del cariño que le debe su hijo á una mercenaria? ¿Y por qué ha de estar toda una familia á merced de una extraña que se intitula *ama* y es verdaderamente el ama de la casa? ¡Feliz y respetada de todos la mujer á quien la naturaleza le permite la lactancia de sus hijos! No merece el dictado de virtuosa, la que, sin causa justificada, rehusa á sus pequeñuelos lo que jamás rehusó la hembra del tigre á sus cachorros!

Claro es que aludo siempre á los casos en que la mujer se encuentra sana y tiene *buena leche*, pues si no es así, excusado es indicar que la lactancia debe rigorosamente prohibirse en interés de ella misma y de su hijo.

En este último caso hay que apelar á una nodriza que se elegirá entre la edad de 18 á 26 años: debe ser de

una talla regular, nutrida y bien conformada, con la tez coloreada, los dientes sanos y blancos, las encías rojas y apretadas, los pechos algun tanto voluminosos, pero debiendo su tamaño al desarrollo de la glándula mamaria, y el pezon proeminente; sin enfermedad alguna ni predisposicion orgánica á ellas. La leche ha de tener los caractéres indicados más arriba; derramando una gota sobre una uña dejará una huella blanca, y echándola en un vaso de agua se esparce por este á manera de una nube ténue que va poco á poco desapareciendo. Buenas cualidades morales completarán las condiciones de una excelente nodriza. *Convendria que guardase la leche.*

A la nodriza se le prescribirá una alimentacion sana y nutritiva, pudiendo usar el vino con moderacion; se la aconsejará el ejercicio al aire libre y se le prohibirá el coito así como toda impresion fuerte, agradable ó desagradable. Preservará con cuidado sus mamilas del frio y presentará alternativamente al niño un pecho y otro.

Cuando la mujer que vaya á lactar tenga el pezon poco desarrollado, convendria que en los últimos meses de su embarazo llevara constantemente una pezonera de madera, siendo muy oportuno que alguna persona íntima suya le practicase frecuentemente la succion. Si el pezon estuviese muy sensible se le locionará á menudo con agua alcoholizada ó zumo de limon.

Es una mala costumbre tener todo el dia colgado el niño del pecho, pues al paso que esto debilita á la nodriza le produce á aquel frecuentes indigestiones. Tambien es perjudicial que duerma en la cama de la nodriza, habiendo muchos casos en que ha amanecido aquel muerto bajo el cuerpo de esta. No se dará de comer al recien nacido hasta el tercero mes y entónces una vez al dia en poca cantidad y solo una sopa de pan ó alguna fécula hecha con agua

ó con caldo de pollo. Al cuarto mes ya podrá hacer dos comidas y desde el duodécimo se le irá sustrayendo el pecho y aumentándole la comida hasta el 18° mes en que puede perfectamente destetársele, para lo que basta en la inmensa mayoría de casos que el niño se quede tres ó cuatro dias sin ver á su nodriza, no siendo preciso que esta unte sus pezones con una disolucion de acibar, ni los tiña de negro, etc,, etc., práctica comun en ellas.

Lactancia artificial. Como tal considero la que se hace por medio de cabras y por medio de los biberones. Los animales á que aludo son susceptibles de una educacion tal, que hacen las veces de la más cariñosa nodriza, desviviéndose por su cria y acudiendo inmediatamente á sus lloros. Las precauciones que deben adoptarse en este género de lactancia consisten en hacer reconocer la cabra por un veterinario probo é inteligente y cuidar de que el niño tenga siempre hecho un camistrajo en el suelo, so pena de que en un acceso de cariño la amante pero poco precavida nodriza lo coja con los dientes por las mantillas y lo saque de la cuna, produciéndole una caida que no siempre es sin consecuencias, á trueque de no oirlo llorar.

Las leches que se usan para la lactancia artificial propiamente dicha, son generalmente la de vaca, la de burra, prefiriendo unos la primera, otros la última, y debiéndose cuidar de no mezclarla con agua como generalmente se aconseja, sino darla pura á fin de que no sufra descomposicion alguna.

En el *Diccionario de ciencias médicas y veterinarias* se incluye un cuadro comparativo de la leche de mujer y y la de varias especies animales, el cual copio á continuacion:

	LECHE DE MUJER.	VACA.	BURRA.	CABRA.	YEGUA.	PERRA.	OVEJA.
Densidad.	1,0327	1,0334	1,0346	1,0335	1,0337	1,0416	1,0409
Agua	889,08	864,06	890,12	844,90	904,30	772,08	832,32
Partes sólidas.	110,92	135,94	109,88	155,10	95,70	227,92	167,68
Azúcar.	43,64	38,03	50,46	36,91	32,76	15,20	39,43
Caseum y materias extractivas.	39,24	55,15	35,65	55,14	33,35	116,88	69,78
Manteca	26,66	36,12	18,53	56,87	24,36	87,95	51,31
Sales por incineracion.	1,38	6,64	5,24	6,18	5,23	7,80	7,16

Este análisis, sin embargo, no puede servir para sacar conclusiones exactas, pues segun los hechos por diferentes autores respecto á la leche de mujer, la cantidad de sus principios constitutivos, es muy variable ó al ménos resulta tal de dichos análisis, así es que la cantidad de caseum oscila entre 0,14 y 3,09 de 100 partes, la manteca entre 2 y 8,97, la lactina entre 1,20 y 7,83 y el agua y las sales entre 86,62 y 89,08.

Tampoco es posible por medio del análisis averiguar si una leche que se presenta pertenece á una mujer, una vaca, una yegua, etc. etc.

Los instrumentos destinados para la lactancia artificial propiamente dicha, se llaman biberones. Se componen en general de un frasco de vidrio tapado con un corcho, por cuyo centro pasa un tubo que llega casi hasta el fondo de aquel, y cuyo tapon, así como la extremidad superior del tubo que sobresale algun tanto de aquel, están cubiertos con un trozo de tripa que le constituye el mamelon. Para usarlo se le destapa, se echa dentro del frasco cierta cantidad de leche hasta llenar los ⅔; se tapa el frasco, se le sujeta el mamelon, el cual se humedece en leche ó en agua tépida, y se introduce en la boca del niño, el que con facilidad suma practica la succion.

La cantidad de leche que consume el niño diariamente para que su nutricion sea buena, varia desde una onza (32 gramos) el primer dia, hasta algo más de dos libras (940 gramos) que necesita hácia los seis ó siete meses. A menudo hay que agregar á la leche del biberon una pequeña cantidad de bicarbonato de sosa para prevenir ó curar uno de esos empachos gástricos ó gastro-intestinales que tan frecuentes son en ellos.

Esta lactancia con el biberon es la que más expone los dias de los niños que durante ella se hallan expuestos á multitud de enfermedades que más pronto ó más tarde concluyen con su existencia si no se les busca á tiempo una buena nodriza.

Se ha llamado lactancia mixta á la que se verifica cuando el niño toma algunas veces el pecho de su nodriza y otras el biberon. Sus inconvenientes son los mismos de la lactancia artificial en los primeros meses de la vida, pero desde los cuatro ó seis meses es preferible á ella.

En algunos países acostumbran los padres á desprenderse de sus hijos y mandarlos á criar al campo. Esta

costumbre no existe afortunadamente en España á no ser en la capital, á donde desde poco tiempo á la fecha se procura importar tan estúpida costumbre, lo cual demuestra una falta de cariño tan grande al nuevo ser y una carencia tal del instinto de la filogenitura que desearia no tener que hablar siquiera de este asunto. Verdad es que esos procreadores de hijos (no padres) que así se conducen, llevan la penitencia en el pecado. ¡Cuántas veces no echarán de ménos el cariño de sus hijos, y lo que áun es peor que todo esto, ¡á cuántas sustituciones de criaturas no ha dado lugar esta viciosa práctica!

LECCION XLVIII.

Enfermedades del puerperio.—A. Enfermedades que son consecuencia inmediata del parto.—1.° Edema de la vulva.—2.° Trombus de la misma.—3.° Trastornos en la escrecion de la orina.—4.° Desgarraduras de la vulva, vagina y útero.—5.° Entorsis del coccix.—6.° Relajacion de las sínfisis de la pélvis.

Compréndese bajo el nombre de puerperio todo el tiempo que media desde la terminacion del parto hasta la involucion completa del útero, que, como ya he dicho, tiene lugar á los quince ó veinte dias. Durante este puerperio pueden sobrevenirle á la mujer las enfermedades generales á que está sujeto todo mortal, si bien modificadas de cierto modo á causa de su estado, pero tambien pueden padecer de enfermedades especiales, únicas de que debo ocuparme en este lugar.

De estas enfermedades especiales, unas son conse-

cuencia inmediata del parto, porque consisten en trastornos, en lesiones ocurridas durante él y tales son por ejemplo el trombus de la vulva, la desgarradura del periné etc., etc., y otras son puramente accidentales y su desarrollo depende de la influencia de ciertas causas, algunas quizás desconocidas. A esta categoría pertenece entre otras muchas la flebitis crural, la fiebre puerperal etc., etc.

Trataré, pues, sucesivamente de uno y otro de estos dos géneros de enfermedades.

A.—Enfermedades puerperales que son consecuencia inmediata del parto.

Este género de afecciones comprende:

1.° El edema de la vulva.

2.° El trombus de la misma.

3.° Ciertos trastornos en la escrecion de la orina.

4.° Las desgarraduras de la vulva, de la vagina y del útero.

5.° El entorsis del coccix.

6.° La relajacion de las sínfisis pélvicas.

7.° Las diversas dislocaciones del útero.

8.° Las fístulas de las partes genitales y perforacion del periné.

1.° Edema de la vulva.

Sobreviene á consecuencia de partos de larga duracion en que la cabeza ha permanecido mucho tiempo en la escavacion. Predispone á él, el temperamento linfático.

La tumefaccion blanca dejando impresion al dedo que

la comprime (caractéres de este edema), es algunas veces tan considerable que cierra completamente la vulva, se opone á la salida de los lóquios y es un obstáculo á la libre emision de la orina.

En ocasiones se produce un absceso en uno de los lábios mayores, pero en la mayoría de casos se va disipando paulatinamente al cabo de tres ó cuatro dias.

El tratamiento consiste en fomentaciones con líquidos aromáticos, como el cocimiento de manzanilla con salvia, el vino blanco hervido con romero, etc. Alguna vez precisará hacer ligeras escarificaciones á los labios y si los abscesos se presentan, dilatarlos.

2.° Trombus de la vulva.

Es frecuente despues de los partos largos en que ha sido preciso practicar operaciones manuales ó instrumentales, aunque á veces se ha presentado en el parto más breve y más eutócico por consecuencia de la rotura de alguna váriz existente en la vagina.

Generalmente empieza áun durante el parto en el momento en que la cabeza franquea la horquilla, pero tambien se le ha visto sobrevenir dos ó tres dias despues del parto y sin que hayan existido nuevos esfuerzos que lo determinen.

Su asiento es en la mayoría de casos en los labios mayores, pero tambien puede existir en otros puntos, así es que Laborie describe seis especies de trombus, segun su sitio: 1.° el trombus superficial en que la sangre derramada existe entre la piel y la aponeurosis *superficialis*; 2.° cuando se halla entre la aponeurosis superficialis y la media; 3.° entre la media y la superior; 4.° entre la aponeurosis superior y la pélvica; 5.° sobre esta; 6.° en el espesor de la pared vaginal.

La sangre derramada que constituye el trombus permanece unas veces líquida durante mucho tiempo, reabsorbiéndose paulatinamente ó dando lugar á la formacion de un absceso, cuya perforacion se llega á hacer indispensable, pudiendo ocurrir si es de la 4.ª ó 5.ª especie, que esta perforacion tenga lugar expontáneamente al interior de la cavidad abdominal, ocasionándose una peritonitis mortal. Otras veces una parte de la sangre (el suero) se reabsorbe y el coágulo se va organizando lentamente, dando lugar á una neoplasia. En ocasiones el derrame sanguíneo es considerable y coincidiendo con la erosion de las partes blandas se rompen éstas, produciéndose una hemorragia de más ó ménos consideracion, no siendo tampoco extraño que cuando la contusion de las partes blandas ha sido muy grande, sobrevenga la gangrena.

Los síntomas del trombus varian segun el sitio de la lesion, pudiendo consistir solo en un tumor indolente, fluctuante, de color violado, existente en los labios mayores, ó la tumefaccion extenderse á todo el periné, al interior de la vagina ó entre esta y el recto, ocasionando dificultades mayores ó menores en la mixtion y en la defecacion y áun siendo causa de fuertes dolores en cada ovulacion.

Esta última especie de trombus es lo que se ha llamado hematocele retro-uterino, cuya aparicion es repentina, y puede tener lugar independientemente de la gestacion y del puerperio, y hasta en las doncellas. Produce un malestar contínuo que se aumenta y áun llega á trocarse en intensos dolores á cada época menstrual y además de estos síntomas y de los trastornos en la escrecion urinaria y en la defecacion á que ántes aludimos, se le reconoce al tacto por el tumor fluctuante y sin alteracion alguna en los tejidos circunvecinos que se aprecia por el dedo in-

troducido en la vagina. Virchow cree que en estos hematoceles la sangre proviene en su mayor parte de los vasos de nueva formacion pertenecientes á las falsas membranas, resultado de una peritonitis anterior, que segun él les precede generalmente. Vigués piensa que es debido á la rotura de uno de los folículos del ovario en un punto en que no esté enteramente cubierto por el peritoneo, derramándose entónces la sangre entre aquel órgano y esta membrana desde donde se va extendiendo paulatinamente. El mismo Virchow cree y West se halla conforme con su opinion, que la sangre está alojada en la cavidad peritoneal.

El pronóstico del trombus superficial de la vulva es benigno; no lo es tanto el profundo y es bastante grave el del hematocele retro-uterino, de cuya enfermedad, segun West, se pierde la quinta parte de los casos.

El tratamiento del trombus superficial consiste en el uso de fomentos resolutivos y la puncion con un trocart grueso, si el tumor es líquido ó la incision con un bisturi si existen cógulos en su interior. No hay que temer en estos casos grandes pérdidas de sangre que, dado caso que se presentasen, pueden hacerse desaparecer rellenando el tumor con hilas empapadas en una disolucion de percloruro de hierro y sugetas por medio de una T de ano.

Aram trata el hematocele retro-uterino, haciendo tres ó cuatro aplicaciones sucesivas de sanguijuelas sobre el tumor, seguidas de vejigatorios ó de fricciones con la tintura de yodo á las paredes del vientre. Si á pesar de todo el tumor no desaparece, se procede á su puncion por la vagina ó por el abdómen, si no está accesible allí, la que estará tanto más indicada cuanto más antiguo é inmutable sea el tumor, y principalmente, si la existencia de una fiebre errática demuestra que se ha verificado la su-

puracion y los dolores son violentos ó el gran desarrollo del tumor hace temer su rotura en la cavidad abdominal. Veintisiete casos recogidos por Voisin, tratados por los antiflogísticos, los emolientes, los purgantes y los narcóticos, produjeron nueve muertos y ocho casos en que se practicó la puncion ocasionaron tres muertes.

3.° Trastornos de la excrecion urinaria.

Una de las preguntas de el práctico en la primera visita que hace á la mujer despues del parto, es la de si se ha evacuado la vejiga, pues con frecuencia sobreviene ora una retencion, ora una incontinencia.

Las causas de una y otra son la excesiva duracion del parto y la compresion que la cabeza del fétus detenida largo tiempo en la excavacion ejerce sobre la vejiga, pues esta compresion determina ya la parálisis de las fibras circulares del cuello (músculo de Wilson ó constrictor de la uretra) y entónces sobreviene la incontinencia, ya la de las fibras del cuerpo produciéndose la retencion.

El diagnóstico de la incontinencia es muy fácil, bastando con ver los paños que tiene puestos la parida, en los cuales notaremos el olor amoniacal característico de la orina, al paso que su hipogastrio está flácido y la mujer no tiene deseo alguno de orinar.

La retencion ha sido tomada á veces por una metritis á causa del tumor que se nota en el hipogastrio y que asciende á veces hasta la region umbilical y del dolor que existe en el vientre, cuyo dolor se aumenta á la presion. Pero haciendo una exploracion detenida no encontramos fiebre, á no ser que la retencion sea de muchos dias, en cuyo caso existe una fiebre parecida á las hécticas ó supuratorias: comprimiendo el tumor experimenta la parida

deseos de emitir la orina y preguntándole sobre esta nos dice que no la ha arrojado desde tal ó cual fecha, no encontrándola en los paños. Para más seguridad del diagnóstico practicamos el cateterismo y este medio entónces produce el alivio instantáneo y la depresion del tumor abdominal.

El pronóstico de la incontinencia es reservado, pues con frecuencia resiste á todo tratamiento. El de la retencion es benigno si se diagnostica pronto, pues si han pasado muchos dias desde que tuvo lugar el accidente, no seria extraño ver sobrevenir una perforacion ó una cistitis ó una cisto-peritonitis, terminándose estas inflamaciones por gangrena.

El tratamiento de la incontinencia consiste en una buena higiene, alimentacion nutritiva en cuanto lo permita el estado general de la parida, fomentos á la vulva con vino y aceite, administracion de algunos laxantes y más tarde los vejigatorios volantes al hipogastrio, los excitantes de la fibra muscular (estrignina, zumaque venenoso) la electricidad y la hidroterapia.

En los casos de retencion de orina basta á menudo con el cateterismo hecho cada doce horas durante los dos ó tres primeros dias. Si sobreviene la inflamacion de la vejiga ó la de esta y del peritoneo, habrá que agregar á el cateterismo las fricciones con ungüento napolitano al vientre, los baños generales templados ó los semicupios emolientes, el calomelano al interior por el método de Law, etc., etc. Si aparece la gangrena ningun tratamiento nos suministra la menor esperanza.

4.° Desgarraduras de la vulva, vagina y útero.

Desgarraduras de la vulva. En el primer parto se rompe la horquilla, lo cual nada ofrece de particular ni

exige tratamiento alguno. Esa rotura apenas comprende tres ó cuatro líneas de extension, pero en ocasiones, aunque el profesor sostenga el periné, puede prolongarse hasta cerca del ano, bien en direccion antero-posterior ó bien oblícua, siendo esto último lo más frecuente, así como que en estos casos suele la rotura ser múltiple y se la observa en las posiciones occipito-posteriores.

Los labios mayores tambien pueden ser lesionados y con frecuencia lo son en sentido trasversal y algo por delante de la comisura posterior. Se han visto casos en que uno ó ambos labios menores han sido casi arrancados al salir la cabeza, y Peu cita un desprendimiento del clítoris, aunque este hecho ha sido puesto en duda.

El pronóstico de estas lesiones, que sólo determinan á la mujer algun dolor ó escozor y producen ligeras inflamaciones de las partes citadas, es benigno por punto general y su tratamiento sumamente sencillo. La quietud, la aplicacion á la vulva de algunas compresas empapadas en vino blanco y aceite bastan para traer las heridas á cicatrizacion y rara vez será preciso poner algun punto de sutura cruenta, á no ser cuando la rotura de la horquilla sea considerable ó los labios menores se hallasen casi desprendidos. En estos casos se ha aconsejado su escision con una tijera curva por su plano.

Desgarraduras de la vagina. Se las observa más frecuentemente en su mitad inferior y segun Velpeau se verifican ó por causa de las tracciones que sobre dicho órgano efectúan las contracciones uterinas durante las que el cuello es solicitado hácia su fondo, ó por la presion de la cabeza mientras desciende en la escavacion, ó por algunas maniobras tocológicas. Las producidas por las dos primeras causas son generalmente más extensas y profundas que las otras, excepcion hecha de las que ocasiona pocas

veces una torpe aplicacion de forceps, que pueden llegar á ser hasta la separacion completa de la vagina y del útero.

Como en este lugar no trato más que de las desgarraduras pequeñas ó contusiones de poca consideracion, pues á las de mas entidad reservo un sitio en el artículo *Fístulas vaginales*, diré que aquellas pasan á menudo desapercibidas y se curan expontáneamente precisando pocas veces algunas inyecciones vaginales con un líquido astringente á una temperatura de 25° ó 26° cuando ménos, para no correr el riesgo de provocar la suspension del flujo loquial.

Desgarraduras del útero. En las primerizas el cuello del útero sufre algunas fisuras ó desgarraduras al ser atravesado por la cabeza del fétus, cuyas lesiones no tienen la menor importancia, se repiten á veces en otros partos y en ningun caso exijen tratamiento alguno. Se ha visto prolongarse considerablemente la porcion vaginal del cuello uterino durante el parto y ser perforada por la cabeza, pero áun cuando esto sobreviene tampoco precisa nuestra intervencion por el pronto y sólo cuando despues de terminada la cicatrizacion de la herida quedasen algunos pequeños tubérculos en el cuello uterino, habrá que hacer su excision, operacion sumamente fácil y que para transigir con el supersticioso terror que sienten las mujeres por cualquiera operacion hecha durante los primeros cuarenta dias del parto, se la podrá aplazar para despues de ellos.

5.° Entorsis del cóccix.

Se presenta al atravesar la cabeza el estrecho inferior, principalmente si es algo voluminosa ó la mujer de una edad un tanto madura es primeriza, aunque en este caso

hallándose ya confundido el cóccix con el sácro es más fácil que se presente la fractura que la luxacion. De cualquier manera este accidente produce dolores á la mujer que se lamenta de no poder sentarse, y puede dar lugar á inflamaciones agudas ó crónicas del hueso citado ó de los cartílagos inter-articulares y áun sobrevenir un absceso, la caries del cóccix y hasta su eliminacion.

El Dr. Simpson ha descrito con el nombre de «coccigodinia» una afeccion que puede presentarse durante el embarazo, despues del parto y áun independientemente de estos estados, que consiste en un dolor contínuo y sordo aunque con exacerbaciones que se siente en el punto en que el sacro se articula con el cóccix, dolor que impide la estacion sentada y molesta mucho durante la defecacion y el coito.

El pronóstico de la luxacion y de la fractura del cóccix es reservado á causa de los accidentes que indiqué más arriba que pueden sobrevenir, pero hasta ahora no se conoce un sólo caso de muerte más ó ménos directamente producida por dichas lesiones. En cuanto á la coccigodinia se cura generalmente sin mucho trabajo.

El tratamiento de estas lesiones consiste en mantener el vientre libre por medio de laxantes por la boca ó en enemas, aconsejar la quietud en posicion horizontal despues de reducir la luxacion ó fractura y sujetarla con un vendaje ó faja que rodee la pélvis, cuidando de poner alguna compresa en muchos dobleces sobre el hueso lesionado y combatir la inflamacion, si se presenta, con aplicaciones de sanguijuelas, cataplasmas emolientes y narcóticas etc., dilatando el absceso si sobreviene.

La coccigodinia cede á las inyecciones hipodérmicas con morfina aconsejadas por Scanzoni y en los casos rebeldes Simpson quiere que se haga una incision subcu-

tánea de los músculos, ligamentos y fascia que se hallan en relacion con el cóccix á fin de dejarlo en un estado de reposo completo. Esta operacion se ha practicado con perfecto éxito.

6.° Relajacion de las sínfisis pélvicas.

En la página 171 y al tratar de las enfermedades propias de la preñez decia hablando de la relajacion de las sínfisis pélvicas que «aumenta en ocasiones despues del parto y aunque lo más frecuente es que desaparezca durante el puerperio, no faltan casos en que se le ha observado persistir meses, años enteros y áun todo el resto de la vida.» Tambien en aquel lugar me ocupaba del tratamiento oportuno en esta lesion en el que figuraba en primera línea el cinturon hipogástrico de Martin.

Al recordar estos pormenores en este lugar, debo agregar tan sólo que la mujer que se encuentre con la relajacion indicada debe permanecer en la cama durante más tiempo que la que se halle en circunstancias opuestas, pues la quietud además de procurar la curacion de esta enfermedad evita los roces que de otro modo existen entre las superficies articulares, roces que á menudo determinan la inflamacion de las sínfisis, inflamacion de que ya hablé en la página 172 y que es otro de los accidentes, y no despreciables por cierto, que pueden sobrevenir en el puerperio.

LECCION XLIX.

Continúa el asunto anterior.—B. Dislocaciones del útero. Sus diferentes especies.—a. Prolapsus. Sus grados y tratamiento.

7.° Dislocaciones del útero.

Aubert designa con el nombre de dislocaciones del útero «cualquier cambio primitivo ó secundario que sobrevenga en la situacion normal absoluta ó relativa de aquella entraña ya en el estado de vacuidad, ya en el de preñez.»

La disposicion del útero en la pélvis explica perfectamente la frecuencia de sus dislocaciones, pues dirigido algo oblícuamente hácia adelante de modo que su cara anterior es ligeramente inferior y la posterior superior, descansando sobre él los intestinos, sujeto por unos ligamentos (los anchos y los redondos) susceptibles de relajarse con facilidad suma y obligados á ceder casi contínuamente, ya por los movimientos naturales de las vísceras abdominales ó por la compresion que estas ejecutan en los grandes esfuerzos; ya durante el coito; ya en todo el tiempo de la gestacion: fácil es de comprender que no siempre conserven la elasticidad necesaria y que al perder ésta, bien por cualquiera de esas causas, bien por estados congestivos del útero mismo que aumentando su peso hacen que venza la resistencia de aquellos, la dislocacion se verifique.

De todos los estados del útero el de gravidez y mejor

que éste el de involucion que le subsigue, es el que más dispone á estas lesiones. En efecto, durante él existe una gran distension de la matriz, cuyo peso está aumentado considerablemente, y una relajacion considerable de los ligamentos, circunstancias ambas abonadas, como acabo de decir, para la produccion de la lesion á que aludo. Nada más fácil, por lo tanto, que en esta época se produzca toda clase de dislocaciones y esta es la razon por la que las describiré en este sitio y como enfermedades propias del puerperio, por más que al tratar de las causas se verá que pueden tambien presentarse muchas de ellas áun en las vírgenes.

Hay diferentes clases de dislocaciones, á saber: 1.°, las dislocaciones propiamente dichas ó prolapsus, en las que el útero, conservando su direccion normal, abandona su situacion para venir á situarse á veces hasta pendiente al exterior; 2.°, las versiones, en las que el útero conserva su situacion, pero cambia su direccion; 3.°, las inflexiones, en las que el cuello de la matriz se encuentra en su situacion y direccion normales, pero el eje del cuerpo forma un ángulo más ó ménos agudo con el del cuello; 4.°, la inversion, en la que la superficie interna del útero pasa á ser externa, y 5.°, las hernias, en que la matriz abandona su situacion para salir por alguno de los anillos naturales ó por una abertura que se fragua ó introduciéndose en algun órgano hueco.

Para mayor claridad pondré bajo la forma de cuadro sinóptico las dislocaciones del útero y sus diversas especies, debiendo pasar en seguida á la descripcion de cada una de ellas.

DISLOCACIONES DEL ÚTERO.

- PROLAPSUS . . . . .
  - Incompleto ó relajacion.
  - De segundo grado ó procidencia.
  - De tercero idem ó precipitacion.
- VERSIONES . . . . .
  - Anterior ó ante-version.
  - Posterior ó retro-version.
  - Oblicuidades .
    - Derecha.
    - Izquierda.
- FLEXIONES . . . . .
  - Anterior ó ante-flexion.
  - Posterior ó retro-flexion.
  - Oblícuas . . .
    - Derecha.
    - Izquierda.
- INVERSIONES. . . . .
  - Incompleta.
  - Completa.
- HERNIAS . . . . . .
  - Crural.
  - Inguinal.
  - Abdominal.
  - Perineal.
  - Ciática.
  - Del agujero oval.

a.—PROLAPSUS DEL ÚTERO.

Causas. Sobreviene con frecuencia en los dias posteriores al parto en las mujeres bien conformadas y de pélvis ancha, pero linfáticas y de fibra floja, máxime si existia una hidropesía del ámnios ó han hecho esfuerzos inconsiderados durante la expulsion del fétus, ó esta se ha verificado estando de pié ó en la silla. Tambien se la observa en aquellas en que áun faltando una ó varias de estas causas se han levantado de la cama y se han dedicado á sus ocupaciones demasiado pronto. Muchas veces ha sido producido por un aborto y no faltan casos en que áun en estado de vacuidad el útero, un esfuerzo considerable ha sido suficiente para producir el prolapsus. Constituye una predisposicion para esta enfermedad áun

no hallándose grávida la matriz, el cóito muy repetido y con especialidad si se hace con órganos sexuales desproporcionados ó si las mujeres padecen leucorreas inveteradas. Otra predisposicion la constituye tambien un estado hipertrófico parcial ó total del útero y tanto que Lisfranc asegura que son *extraordinariamente raros* los casos de prolapsus en que no existe dicha hipertrofia.

Síntomas. La mujer que padece un prolapsus del útero acusa con insistencia, y en ocasiones sólo se fija en este síntoma, una sensacion de debilidad ó de calambre doloroso en el epigástrio. Quéjase tambien de dolor en los lomos, en las ingles y muslos; peso en el hipogástrio; dificultad más ó ménos considerable en la escrecion de la orina y en la de las materias fecales; aumento de sus dolores é incomodidades cuando se encuentra de pié ó andando; alivio considerable cuando guarda la posicion horizontal y al levantarse dice que siente caer un peso hácia el vientre bajo. No es raro encontrar en ellas un flujo blanco más ó ménos copioso, y que sus mestruaciones son difíciles y dolorosas.

Todos estos síntomas á los que se agregan una alteracion notable de su carácter, anorexia, náuseas ó vómitos, dificultad en las digestiones, estreñimiento pertinaz, disuria y enturbiamiento de la orina, y áun un enflaquecimiento progresivo, están más ó ménos graduados segun el grado tambien del prolapsus; y si este es considerable se llega á constituir la mujer en un estado de postracion y debilidad que concluye, segun Velpeau, por ocasionarle enfermedades que la hacen sucumbir.

Si hacemos el oportuno reconocimiento vaginal encontraremos en la relajacion ó sea el primer grado del prolapsus, que el cuello uterino se halla más bajo que de ordinario, pudiendo ser empujado con el dedo fácilmente

hácia arriba: si nos hallamos en presencia del segundo grado ó procidencia uterina, nos bastará separar los lábios mayores para ver el cuello de la matriz que casi forma proeminencia entre estos; en el tercer grado ó precipitacion del útero, se encuentra pendiente entre los muslos de la mujer un tumor elíptico de volúmen considerable, de un color de heces de vino, presentando aquí y allí algunas ulceraciones y en cuyo vertice se encuentra una pequeña abertura trasversal. Este tumor está formado por la matriz cubierta por la vagina totalmente prolapsada y cuya superficie mucosa, interna ántes, es externa ahora y ha perdido en parte los caractéres de tal membrana mucosa, siendo acometida de xerosis. Compréndese fácilmente que para que el reconocimiento nos dé datos exactos ha de practicarse hallándose de pié la mujer.

De lo dicho se deduce que el prolapsus de la matriz viene siempre acompañado del de la vagina que puede ser tambien de tres grados como aquel y á cuya produccion concurren las mismas causas que á la del útero.

Diagnóstico. Si los síntomas que la enferma refiere pudieran hacer confundir el prolapsus con cualquiera otra especie de dislocacion, el reconocimiento hará desaparecer toda la duda, áun en el caso en qne sólo se tratase de una simple relajacion, pues en ella podrá comprobarse que el útero conserva la misma direccion normal aunque no se halle en su posicion.

Pronóstico. El prolapsus uterino es de difícil curacion. En el primero y segundo grado no se opone á la concepcion, pero constituye una poderosa causa de aborto aunque se han visto casos en que el fétus se ha desarrollado y llegado al término ordinario á pesar de hallarse la matriz colgando entre los muslos. Ya he indicado el

deterioro considerable que la precipitacion del útero produce en la economía de la mujer y lo expuesta que se halla á sucumbir á causa del marasmo ó de otras enfermedades.

Tratamiento. Se divide en higiénico, médico y quirúrgico. El primero consiste en cuidar mucho del aseo por medio de las inyecciones vaginales con líquidos astringentes y evitar todos los esfuerzos incluso los que podria exigir la defecacion enlos casos de estreñimiento. Tambien se aconsejará usar del cóito lo ménos posible. Los alimentos serán nutritivos aunque de fácil digestion y convendrá el uso de los baños del mar.

La posicion horizontal, esas inyecciones astringentes hechas con el sulfato de zinc ó el de cobre, el alumbre, nitrato argéntico, etc., los semi-cupios frios ó los baños generales, los ferruginosos administrados interiormente además del uso de una faja hipogástrica análoga al cinturon de Martin, á que me referí más arriba, constituyen el tratamiento médico con el que sólo en casos de simple relajacion podrá conseguirse resultado, no olvidando corregir al mismo tiempo la lesion de que el prolapsus puede ser un síntoma.

Si se trata de una procidencia ó de una precipitacion ó descenso total de la matriz, no bastan ni con mucho estos medios y entónces hay que apelar á los pesarios, á la episiorafia, la elitroraphia y la elitro-cáustica.

Los pesarios que se han inventado son muchos, pero los más eficaces son los de cautchout vulcanizados, los de aire de Goodman, de Gairiel y de Bourjeaud y el de resorte de Coxeter.

Los de cautchout negro son redondos, ovales, en ocho de guarismo, elitroides, etc. El de Goodman es de cautchout vulcanizado, consiste en una esfera que se ter-

mina en nn tubo de cautchout, el cual tiene una llave para abrir ó cerrar la comunicacion con el exterior. La esfera está hueca, y por medio de un insuflador que se adapta al tubo dicho, puede dejarse dilatar por el aire. El de Gairiel, cuyo mecanismo es idéntico, tiene la figura *globosa* y el de Bourjeaud la de *rosquete*, pero este no es susceptible de llenarse y vaciarse como los dos anteriores.

Para colocar un pesario se situa á la mujer en decúbito dorsal, con las caderas un tanto elevadas por una almohada y los muslos doblados sobre el vientre y las piernas sobre los muslos y sugetas por dos ayudantes. El profesor unta los dedos índice, medio y pulgar de la mano derecha en grasa y con ellos reduce la matriz á la situacion normal, y acto contínuo, si el pesario es de aire, lo introduce en la vagina hallándose completamente vacío y lo coloca en la situacion que debe guardar, llenándolo de aire luego con el insuflador lo suficiente á que sin producir grandes molestias á la mujer pueda esta hacer toda clase de movimientos y áun esfuerzos ligeros, sin que abandone el pesario el sitio en que se encuentra; y entónces se cierra la llave del tubo de cautchout y se ata este tubo á uno de los muslos de la enferma. Esta deberá aprender á ponérselo y quitárselo, porque es preciso sacarlo todos los dias, porque así lo exige el aseo, hacer alguna inyeccion con un líquido astringente y volverlo á colocar.

Si el pesario fuese de cautchout negro, despues de reducir la matriz y mantenerla sugeta con los dedos índice y medio de la mano izquierda, se introduce el pesario de canto por la vagina, y cuando se hallase en contacto con el cuello uterino se le da la direccion que debe guardar luego.

El aparato de Rosser modificado por Scanzoni consiste en un cinturon que tiene por delante una chapa metálica de 7½ pulgadas (14 centímetros) de largo por 4 pulgadas (8½ centímetros) de ancho, la cual está forrada de cuero y á la que se adapta por un tornillo la extremidad de una rama de acero, la cual es casi vertical en la extension de 5 pulgadas (11 centímetros), encorvándose luego hácia atrás al principio y luego algo arriba y adelante, viniendo á tener la rama refleja casi la misma longitud que la directa, y termina en un boton de ébano de 2 pulgadas (4 centímetros) de largo, 1½ pulgadas (3 centímetros) de ancho y 3 líneas y media de espesor. Esta varilla va cubierta, de cautchout vulcanizado. De la chapa metálica parten dos cintas de hilo destinadas á pasar por entre los muslos y sugetarse al cinturon, las que sirven para impedir que se trastorne la colocacion del aparato. Este instrumento solo sirve cuando el prolapsus es precedido de una relajacion y caida de la pared anterior de la vagina, pero cuando la relajacion es general ó la pared vaginal posterior es su asiento, entónces es preferible el histeróforo de Zwanck, que consiste en dos chapas metálicas ovales fenestradas reunidas en una de las extremidades por una charnela y cubiertas por una gruesa capa de goma laca. Cada lado de la charnela tiene una varilla metálica, dispuestas ambas de modo que cuando se les junta y se les introduce en una vaina, se separan las dos láminas y cuando se abandonan se superponen estas. Se las hace, pues, entrar de este modo en la vagina y cuando llegan al cuello del útero (reducido preliminarmente) se juntan las varillas é introduciéndolas en su vaina se mantiene así colocado el instrumento, el cual es fácil de colocar para las mujeres mismas. El histeróforo de Schiling tiene un mecanismo análogo.

Cuando la colocacion de los pesarios ó de los histeróforos se hace insoportable para las enfermas ó cuando se quiere intentar la curacion radical, se apela á diversas operaciones que son la *episiorrafia* ó adhesion de los lábios de la vulva y la *elitrorrafia* ó estrechamiento de la vagina. Huguier que creia que la mayor parte de los casos de prolapsus de la matriz no lo son tales sino hipertrofias considerables del cuello de esa entraña, recomienda con verdadero entusiasmo la amputacion de dicho cuello que le ha dado resultados brillantes en enfermas en que ciertamente existia esta hipertrofia, pero cuya indicacion solo seria racional en el prolapsus, cuando la causa presunta de este fuera lo que se ha llamado un infarto crónico de aquella parte.

Para hacer la episiorrafia se escinde con unas tigeras curvas una porcion de la cara mucosa de los lábios mayores, partiendo desde su comisura posterior hasta muy cerca del punto en que corresponde el meatus urinario y se los reune con cuatro ó cinco puntos de sutura entortillada, haciendo guardar cama á la enferma durante doce ó quince dias. Scanzoni asegura que á pesar de estas precauciones la episiorrafia es totalmente ineficaz, pues ó el puente formado por los lábios mayores no basta á sostener el útero ó poco á poco va cediendo al peso de este.

Otro tanto ocurre en la elitrorrafia que Desgranges practica del siguiente modo: Colocada la mujer como para los reconocimientos con el espéculum, introduce por la vagina uno trivalvo despues de reducir el útero y en cada uno de los intervalos que dejan posteriormente la separacion de las tres valvas coloca dos ó tres *serrefines* inventadas por él. Saca luego el espéculum, pone luego un pistilo en la vagina, hace permanecer á la mujer en decúbito horizontal hasta despues de la caida de las *ser-*

refines, que tarda ocho ó diez dias en hacerse, despues de cuya caida y de la cicatrizacion de la parte que estaba mordida por ellas, procede á una nueva aplicacion en diferente sitio de la vagina y asi sucesivamente por seis á diez veces, hasta que se estreche considerablemente la abertura de la vagina y sea imposible que el útero pueda atravesarla.

Las serfinas de Desgranges son unas pinzas de presion contínua curvas por su plano, de unas 3 pulgadas (70 á 75 milímetros) de largo y cuyas extremidades libres están guarnecidas en los puntos que se corresponden por dientes ó puntas. Para introducirlas ha inventado tambien un porta-pinzas que se asemeja á una pinza de curaciones, una de cuyas ramas es ancha y en forma de canal, y la otra más corta es delgada y termina en una especie de resorte, con el que se comprime la serfina abrazada por la otra y se la mantiene abierta hasta que ha hecho presa en la vagina. Cuando la estrechez de esta no permite ya la introduccion del espéculum, entónces es preciso colocar las serfinas, sirviéndoles de conductor el dedo índice izquierdo.

Para asegurar los resultados de la elitrorrafia y hacerlos permanentes, Desgranges ha propuesto otro método que llama elitro-cáustico, para el que ha inventado otro instrumento que consiste en una pinza de curar de ramas rectas y de 6 pulgadas (12 á 13 centímetros) de largo, cuyos anillos se fijan con un resorte y que en cada una de sus extremidades presenta un diente acerado y por cima un canal ó surco de 8 líneas (15 milímetros) de largo, en el que se coloca un trozo de la pasta de Canquoin (cloruro de zinc y harina). Para practicar la operacion se introduce en la vagina el índice izquierdo todo lo más alto posible y con la pinza de Museux, sostenida con la mano

derecha, se coge un repliegue de la mucosa vaginal todo lo más cerca que se pueda del cuello uterino. Se fia la pinza de Museux á un ayudante sin sacar el dedo índice izquierdo y se lleva la pinza elitro-cáustica á abrazar con ella el pliegue cogido todo lo más cerca posible de su base, cerrando entónces los anillos y sacando la pinza de Museux. Desgranges cree que con cinco ó seis aplicaciones sucesivas (en diferentes sesiones) se forma una estrechez vaginal bastante para asegurar la curacion del prolapsus.

LECCION L.

Continúa el asunto anterior.—b. Versiones de la matriz. —c. Flexiones.

b.—Versiones de la matriz.

En el prolapsus hemos visto que el útero abandona su sitio á causa de la relajacion de los ligamentos que lo sostienen y que combinándose esta relajacion con la de las paredes de la vagina llega á salir completamente al exterior, formando un tumor considerable entre los muslos de la mujer. En la version los ligamentos anchos y redondos tambien están laxos, pero conservando la vagina su tonicidad normal, el útero cambia la direccion de su eje, descendiendo por lo tanto el fondo, pero no bajando el cuello en el conducto vaginal, ni mucho ménos saliendo al exterior. Hay, pues, entre estas dos dislocaciones del útero que afectan á la totalidad de la entraña, la diferencia de que en la una (prolapsus) se cambie la situa-

cion, pero sin variar la direccion del eje y en la otra (version) la situacion que afecta el útero es la misma que en el estado normal, pero su eje se encuentra desviado. Cuando la desviacion del eje es hácia delante se llama anteversion, cuando hácia atrás retroversion y cuando hácia los lados oblicuidades (derecha é izquierda) de la matriz.

Para mí, sin embargo, la diferencia entre el prolapsus y la version no consiste en lo indicado. Ambas lesiones son una misma, consisten en la relajacion de los ligamentos de la matriz, que cuando es simple constituye la version y cuando se complica con la relajacion de las paredes de la vagina forma el prolapsus. Trátase, pues, de un prolapsus en ambos casos, prolapsus simple del útero ó version; prolapsus útero-vaginal ó prolapsus propiamente dicho.

Causas. Las versiones de la matriz son las dislocaciones más frecuentes despues del prolapsus. Se las encuentra generalmente en mujeres de pélvis ancha que han tenido muchos embarazos y con especialidad si en alguno de estos ha existido una hidropesía del amnios. A menudo ha precedido una de esas inflamaciones peritoneales muy circunscritas que han dejado en pos de sí adherencias del fondo de la matriz á las paredes de la pélvis y es frecuente verlas á consecuencia de lesiones de los ovarios ó de cualquier afeccion que haya tenido por resultado aumentar el peso del cuerpo del útero.

Síntomas. Varian segun que la version sea anterior, posterior ó laterales. En las dos primeras especies siente la mujer dolores hácia el sacro, necesidad frecuente de orinar y extreñimiento pertinaz, cuyos síntomas se exacerban en las épocas menstruales. Hay al mismo tiempo ansiedad epigástrica, dispepsia, y la mujer se halla fre-

cuentemente estéril. Estos últimos síntomas y la existencia de una dismenorrea congestiva, son los que aquejan las mujeres afectadas de oblicuidad de la matriz, en las que por lo tanto solo el tacto vaginal puede revelarnos la afeccion.

Para practicar el tacto en estos casos, se colocará á la mujer de pié, apoyada contra un muro y el dedo notará entónces (si se trata de la anteversion) que el cuello uterino se encuentra más alto y posteriormente situado que en el estado normal, hasta el punto que será imposible llegar al fondo de saco vaginal posterior y áun tocar el labio posterior del cuello; recorriendo con el dedo el fondo de saco anterior, podrá seguirse con él á través de la vagina la cara anterior del cuerpo de la matriz sin interrupcion de ninguna clase. Los mismos datos, aunque en sentido opuesto, hallaremos en la retroversion: en las oblicuidades se tactará el cuello en el lado opuesto al en que se encuentra el cuerpo.

Diagnóstico. Para distinguir una version de una flexion, tendremos presente que en ésta el cuello uterino se encuentra en su situacion normal, y que si bien el tacto nos revela la existencia de un tumor constituido por el cuerpo de la matriz, bien hácia delante, hácia atrás ó á los lados, hay entre el cuello y el tumor dicho un espacio vacío fácilmente apreciable. Además en las flexiones hay hemorragias muy frecuentes y un depauperamiento considerable de la mujer.

Pronóstico. Una version del útero rara vez desaparece, máxime si es antigua y considerable.

Tratamiento. Alejar las causas que hayan podido producir la enfermedad y corregir los estados concomitantes que puedan sostenerla, son los dos preceptos primeros que se deben seguir. Para la anteversion se aconseja el

uso permanente de una faja hipogástrica; para la retroversion elevar el cuerpo de la matriz con la varilla de Ewan introducida en el intestino recto, ó introduciendo una vejiga llena de aire en el mismo intestino; pero estos dos medios tienen graves inconvenientes. Tambien los tiene y muchos el uso del pesario intra-uterino de Valleix, ó el del histeróforo de Detschy, ó el del pesario intrauterino de Simpson etc., etc., de los que me ocuparé al tratar de las flexiones. Creo, pues, preferible limitarse al uso de la faja hipogástrica, á la introduccion de una esponja en la vagina, y en casos raros de ante-version á la colocacion del histeróforo de Rosser, modificado por Scanzoni, cuyo instrumento dí á conocer al ocuparme de los prolapsus del útero.

c.—Flexiones.

En las flexiones, el cuello del útero conserva su situacion y direccion normales, pero el eje del cuerpo se encuentra formando un ángulo con el de aquel; y segun la abertura de este ángulo, sea hácia delante, hácia atrás ó á los lados, tendremos la ante-flexion, la retroflexion ó las flexiones laterales.

Las flexiones de la matriz son quizás mucho más frecuentes de lo que se cree. Multitud de autopsias en mujeres de todas edades han venido á manifestar aquella lesion, de la cual, ni aún remotas sospechas se tenian; y fundado en ellas y en lo observado en su práctica, ha establecido Scanzoni como principio que *las flexiones de la matriz no adquieren importancia alguna, ni son seguidas de graves peligros, sino cuando se complican con otra alteracion en la textura de este órgano.*

Causas. Esta enfermedad se la observa más á me-

nudo en las mujeres de más de treinta años, casadas y que han tenido muchos hijos, que en las que se hallan en circunstancias opuestas. Un matrimonio prematuro y no lactar los hijos, influyen en su produccion. Frecuentes abortos, embarazos de gemelos y partos instrumentales pueden constituirse en causas predisponentes unas veces, ocasionales otras.

Síntomas. Uno de los que primero llaman la atencion de la enferma, es el desórden de las reglas que son más abundantes que en el estado normal, duran más tiempo y están separadas por ménos intervalo. Estas menorragias, que debilitan á la paciente, van acompañadas de cólicos uterinos semejantes á los dolores de parto, y de peso considerable al hipogástrio, tenesmos vexical y rectal, cuyos dos últimos síntomas subsisten despues del período, llegando en ocasiones á hacerse intolerables, sobreviniendo una leucorrea más ó ménos abundante y no tardando en aparecer trastornos digestivos de consideracion y accidentes nerviosos que arruinan por completo la salud de la mujer y dan lugar á afecciones de consideracion y entre ellas la tísis pulmonal. El tacto vaginal revela la existencia del cuello en su situacion y direccion normales, pero siguiéndolo á través de la vagina se encuentra pronto un tumor redondeado y no muy duro, situado hácia delante, atrás ó á uno de los lados, tumor que puede levantarse con el dedo y entre él y el cuello existe una depresion bastante perceptible. Si se trata de una retro-flexion, el tacto anal nos hace más manifiestos estos signos.

Introducida la sonda uterina, ó solo entra en una pequeña extension, ó si con gran trabajo y precauciones logramos introducir la porcion acostumbrada, desaparece el tumor por este solo hecho.

Todo este cortejo de síntomas, solo se observa cuando la flexion uterina viene acompañada de complicaciones, cosa por otra parte no difícil de que ocurra á causa de la relajacion que existe en el tejido de la matriz, relajacion que produce la de los vasos que se ensanchan, dilatan y ocasionan un exudado entre los elementos anatómicos del útero, y por consiguiente el aumento de volúmen de la entraña y lo que se ha llamado *infarto crónico*. Este *infarto crónico* es la causa de la produccion de los síntomas dichos, que no se observan á pesar de existir la flexion, cuando no disfrutando el útero de su actividad sexual ó siendo ésta escasa, su tejido se atrofia. A veces tambien una endometritis mucosa, un *infarto crónico* y la existencia de tumores fibrosos, preceden á la flexion y la determinan.

Diagnóstico. Cuando las enfermas vienen á consultarnos, es porque experimentan esos trastornos menstruales y demás síntomas que he indicado; y entónces podremos diagnosticar una flexion, una version, un tumor fibroso ó una metritis mucosa, y para distinguir estas afecciones tendremos presente los datos siguientes. En la metritis mucosa el exámen especular nos revela la existencia de ciertas fungosidades y áun pólipos mucosos en el cuello uterino, y el tacto vaginal nos permite reconocer éste en su situacion normal y no se toca tumor alguno aunque se recorra todo el fondo de saco útero-vaginal. Además, la sonda uterina penetra con facilidad y en ocasiones más de lo ordinario.

En los tumores fibrosos, cuando se toca hácia el fondo de dicho saco, se encuentra una inmovilidad en ellos que no existe cuando el tumor es constituido por el fondo del útero doblado, hallándose en este caso una depresion bastante apreciable entre este fondo y el cuello de la

matriz. La sonda uterina tambien puede entrar fácilmente en los casos de tumores fibrosos.

En la version, el orificio del cuello del útero se encuentra hácia la cavidad del sacro ó detrás de los púbis, ó inclinado á uno ú otro lado, segun se trata de una anteversion, retro-version ú oblicuidad, y el dedo que practica el tacto puede seguir á través de la vagina todo lo largo del útero desde el cuello al fondo, sin encontrar tumor ni depresion.

Pronóstico. Es leve si no hay complicacion alguna, y bastante grave en el caso contrario, pues se resiste tenazmente á todos los medios empleados, y áun estos mismos no dejan algunos de tener inconvenientes de mucha consideracion.

Tratamiento. El primer precepto para el tratamiento de las flexiones, es tratar de combatir las causas y de hacer desaparecer las complicaciones que son, como he dicho, las que verdaderamente dan gravedad á la afeccion. Para quitar estas complicaciones, si existe una metritis catarral, recurriremos á las inyecciones intra-vaginales astringentes; á las cauterizaciones de las fungosidades del cuello con el nitrato de plata, el nitrato ácido de mercurio y áun el hierro candente; al uso de los baños minerales entre los que los de Carratraca ocupan un lugar preferente; á estas mismas aguas minerales en bebida, y las de Villaharta, provincia de Córdoba, son el Carlsbad de España; á los ferruginosos al interior; á el cornezuelo de centeno como excitante de la fibra muscular lisa de los vasos del útero, etc. Si hay un *infarto crónico,* las sanguijuelas aplicadas al cuello del útero gozan de bastante eficacia, al mismo tiempo que se emplean las aguas minerales ya indicadas y áun las cauterizaciones actuales. Los baños de mar tambien se hallan indicados en estos casos.

Para corregir la flexion se han recomendado varios pesarios ó enderezadores uterinos, de los que el de Kiwisch y el de Valleix son los más usados, si bien tanto éstos como los de Simpson, de Detschy, etc., tienen los inconvenientes de ser difíciles en su aplicacion, exponer á graves accidentes como inflamaciones de la matriz y del peritoneo, que pueden comprometer los dias de la enferma, y en cambio de todo esto son completamente ineficaces en la inmensa mayoría de casos. Scanzoni cita *doce casos* tratados por Kiwisch con su pesario sin el menor éxito.

En los casos de ante-flexion, el autor mencionado ha usado con ventaja el cinturon hipogástrico de que he hablado varias veces en el trascurso de esta obra.

LECCION LI.

Continúa el asunto anterior.—d. Inversiones.—e. Hérnias de la matriz.

8.° Fístulas de las partes genitales y perforacion del periné

d.—Inversiones de la matriz.

Hay tres grados de inversion de la matriz, á saber: depresion, inversion incompleta é inversion completa ó total. La primera consiste en la depresion del fondo de la matriz, la segunda en esta depresion más considerable, hasta el punto de que el fondo aparece entre los lábios del orificio externo del cuello uterino, cuyo orificio rodea el fondo invertido, y en la tercera toda la cara interna de la matriz se ha hecho externa y forma un tumor

considerable que asoma por la vulva ó pende de ésta entre los muslos de la enferma.

En el segundo y tercer grado de inversion, los ligamentos anchos y redondos se encuentran sumamente relajados y en la depresion que dentro del abdómen forma la matriz invertida, se alojan los intestinos delgados y áun la vejiga de la orina y una porcion del intestino recto. La cara mucosa de la matriz sufre tambien alteraciones notables, encontrándose cubierta de una capa gruesa de epitelium pavimentoso y sembrada de ulceraciones, considerables á veces, y con adherencias otras á las paredes de la vagina.

Causas. La inversion puede verificarse ó durante el parto ó despues de éste, ántes que se haya verificado la involucion del útero ó en una fecha lejana del parto y del puerperio.

Durante el parto se la ha visto sobrevenir en casos en que ha sido sumamente rápida la deplesion uterina, ó por tracciones violentas hechas sobre el cordon umbilical despues de la salida del fétus, ó determinada por una extraccion inconsiderada de la placenta. Skac la ha observado á consecuencia de un aborto de cuatro meses.

El caso de que se tiene noticia en que la inversion se ha producido en una época más lejana del parto, sin intervencion de las causas de que en seguida voy á hablar, es uno referido por Cowan, en que tuvo lugar á los ochenta dias del parto. Newnham cree que siempre que se la ha visto sobrevenir en el puerperio, se trataba de una depresion que tuvo lugar durante el parto y que luégo no ha hecho sino aumentar.

El peso de un pólipo fibroso inserto en el fondo del útero y sobre todo la avulsion del mismo, han ocasionado á veces la enfermedad de que trato. Sin embargo, son

algo más frecuentes de lo que generalmente se cree, los casos en que la inversion cuando ha sido reconocida databa de mucho tiempo y podia referirse á un parto anterior.

Síntomas. Cuando la inversion sobreviene durante el parto, la hemorragia es uno de los síntomas más constantes y su intensidad es considerable, bastando á veces para ocasionar la muerte, si la placenta está desprendida total ó parcialmente. Además de la hemorragia, sobreviene, si se trata de algo más que una simple depresion, un agotamiento rápido de fuerzas que no se puede atribuir solo á la hemorragia y violentos escalofríos, vómitos y convulsiones. Si no se opera la reduccion y la mujer escapa á los primeros accidentes, presenta, ó colgando entre los muslos, ó asomando á la vulva, un tumor redondeado ú ovoideo, de color rojo violado, sensible al tacto, que determina pequeñas hemorragias, ulcerado en distintos puntos si roza con la ropa ó con los muslos, y que durante las épocas menstruales se cubre de gotitas de sangre á la manera como las gotas de rocío cubren los pétalos de los flores. Si la inversion es incompleta, el tacto vaginal nos hace aparecer el tumor como pediculado y rodeado en su pedículo por un reborde algo duro que es el cuello uterino, pero si es completa va regularmente acompañada de prolápsus de la vagina. A medida que persiste la lesion, el tumor formado por el útero se va cubriendo de la gruesa capa de epitelium pavimentoso á que más arriba me referí. La mujer esperimenta una sensacion de peso hácia el periné, que se aumenta considerablemente durante las épocas menstruales, dificultad en la defecacion, retencion de orina ó cuando ménos disuria y un desfallecimiento en el estómago que la atormenta considerablemente. Las reglas suelen ser inmoderadas y sobrevienen con fuertes cólicos uterinos y dolores hácia el

sacro y hácia las ingles, extendiéndose por la parte interna de los muslos.

Si la inversion ha venido produciéndose lentamente, las hemorragias y los dolores uterinos acompañando á la presencia del tumor, son los primeros síntomas que se observan.

Diagnóstico. Si la lesion sobreviene durante el parto, el diagnóstico es muy fácil. La presencia de la placenta ó los vestigios de su insercion, la ausencia de la matriz en el hipogastrio ó la irregularidad de sus contornos, la sensibilidad del tumor y la posibilidad de su reduccion, son signos que alejan toda probabilidad de error. Sin embargo, si se trata de una depresion será muy fácil desconocerla, aunque la hemorragia y los datos que suministre el tacto abdominal y áun la introduccion de la mano en la matriz pueden servirnos para hacer el diagnóstico.

Cuando la inversion es antigua, puede confundirse con el prolápsus del útero, con un cistocele vaginal y con un pólipo.

En el prolápsus encontraremos en el centro del tumor una hendidura trasversal, que es el orificio uterino, en cuya proximidad el tumor es duro, pero blando y depresible en el resto.

El tumor del cistocele vaginal tiene una superficie redondeada, es blando al tacto, no es villoso ni sangrante y sus dimensiones varian segun que la vejiga contenga más ó ménos cantidad de orina.

El pólipo que proviene del interior de la matriz es más delgado en su pedículo que en su base, al revés de lo que ocurre con el tumor formado por una inversion incompleta y permite pasar el dedo alrededor del cuello de la matriz entre ésta y el pólipo; la superficie de este es lisa y pulimentada, no desigual y fungosa; es insensi-

ble al tacto y susceptible de ser dislocado, síntomas todos que se hallan en oposicion con los de la enfermedad de que tratamos.

Pronóstico. Cuando la inversion es repentina puede ocasionarse inmediatamente la muerte por la intensidad de la hemorragia y los accidentes nerviosos concomitantes. Las maniobras necesarias para la reduccion y lo incompleto de ésta, dan lugar con frecuencia á violentas metritis y metro-peritonitis mortales á menudo; pero una vez logrando vencer esta inflamacion ó no presentada ó dominada la hemorragia, como asimismo en los casos de inversion lenta, la enferma puede vivir muchos años, aunque con las molestias y la exposicion consiguientes.

Una inversion reciente es más fácil de reducir que una antigua; una incompleta más que otra completa; y una simple depresion, una vez diagnosticada, más que ninguno otro grado.

Tratamiento. Si la inversion acaba de verificarse en el parto y áun la placenta está adherida á la matriz, bien sea en parte ó en totalidad, se aplica de plano la mano derecha sobre la placenta, si está adherida en el fondo de la matriz ó en sitio muy próximo, y envolviendo la mano izquierda con un paño de lienzo muy fino, se procura circunscribir con ella el pedículo de la matriz invertida, y al mismo tiempo que con éste se trata de reducir la parte que últimamente salió, se comprime con la otra el fondo á través de la placenta, á fin de deprimirla, y de esta suerte, y combinando las presiones y procurando hacerlas sin mucha fuerza ante el riesgo de dislacerar y áun de romper la entraña, se va haciendo paulatinamente la reduccion. Una vez conseguida se desprende la placenta sin hacer tracciones violentas y se deja

la mano derecha en el interior del útero, hasta que despertadas sus contracciones se ha reducido de volúmen sobre ella. Si la placenta estaba ya desprendida, se envuelve tambien la mano derecha en un lienzo para hacer las presiones á que he aludido, lo mismo que cuando la insercion placentaria se halla léjos del fondo.

Si se tratase solo de una depresion, la mano introducida en la matriz bastará á corregirla; pero si esta depresion ha sido diagnosticada en una fecha remota del parto, habrá que usar la sonda uterina y colocar luégo el pesario de ante-flexion de Valleix ú otro análogo.

Si la inversion es incompleta, pero antigua, y el útero se halla tumefacto y el orificio uterino contraido espasmódicamente, será preciso ántes de intentar la reduccion combatir la inflamacion con sanguijuelas aplicadas á la cara mucosa de la matriz, semi-cupios emolientes, etc., dilatando luégo el cuello con incisiones múltiples hechas con un bisturí botonado al que sirva de conductor el dedo índice de la mano izquierda.

Si la reduccion fuera imposible, tanto en este caso como en el de inversion completa, se hace una presion contínua y progresiva sobre el punto más saliente del tumor, con una pelota de cautchout sujeta con un suspensorio ó sostenida por un vástago metálico fijo con una cintura al cuerpo, disposicion análoga á la del histeróforo de Rosser modificado por Scanzoni, y de esta manera puede conseguirse poco á poco la reduccion.

Si la inversion se ha producido de una manera lenta por alguna de las causas indicadas más arriba, es preciso ántes de intentar la reduccion hacer desaparecer esta causa (*infarto crónico*, pólipos fibrosos, etc.)

Una vez reducida la matriz se mantiene en su sitio con un reductor de Valleix y mejor que con otra cosa, con

una pelota de goma idéntica al pesario de aire de Gairiel, la cual se puede insuflar cada vez ménos, segun que la matriz vaya volviendo sobre sí misma. Será muy conveniente en estos casos el uso del cornezuelo de centeno, las duchas frias á los lomos y áun la electrizacion y más adelante los ferruginosos, los baños de mar, etc.

La extirpacion del útero propuesta para estos casos y practicada muy recientemente con buen éxito por el doctor Oria, titular de un pueblo de la provincia de Santander, solo debe intentarse en los casos en que la afeccion produzca accidentes capaces de determinar irremediablemente la muerte de la mujer, siendo la reduccion imposible, pues semejante operacion, que describiré más adelante, es de una gravedad suma.

e.—Hernias de la matriz.

Seis especies de hernias de la matriz han sido descritas por los autores, y son: la crural, la inguinal, la abdominal, la perineal, la ciática y la del agujero oval. Estas hernias, abstraccion hecha de la abdominal, ó mejor dicho, la de la línea alba, son sumamente raras, congénitas algunas veces y consecutivas casi siempre á la de los ovarios que arrastran al útero en su salida por las aberturas dichas.

La hernia de la matriz á través de la línea alba, se la observa en las mujeres que han tenido muchos embarazos y principalmente si alguno ó varios de estos han venido complicados con hidropesías, ascitis ó hidro-amnios ó con ante-version, ó han sido embarazos de gemelos; en una palabra, en todos aquellos en que la distension del vientre ha sido excesiva. Separada entónces la línea alba, empieza la matriz desde el quinto mes de gestacion á insinuarse

en los labios de la separacion, verificándose la anteversion si ántes no existia y hallándose la matriz solo cubierta anteriormente por la piel. Una vez verificada la hernia, basta para diagnosticarla la figura del vientre que representa entónces la forma de una calabaza de peregrino, siendo imposible en cuanto tiene alguna antigüedad reducir el tumor que forma la matriz, tanto por el crecimiento que ha adquirido despues de su salida del vientre, como por las adherencias que á menudo contrae con la piel.

El pronóstico de esta lesion es sumamente grave y el tratamiento consiste en tratar de reducir la matriz y si se consigue, mantenerla reducida con una faja elástica. Esta faja se hará llevar tambien áun en los casos en que la reduccion sea imposible. Si somos llamados en el momento del parto, procuraremos entónces hacer volver el útero al vientre, ó cuando ménos mantenerlo contenido; pero si las contracciones siguen y el parto no adelanta por la imposibilidad de seguir el fétus el conducto natural, entónces nos decidiremos á practicar la operacion Cesárea, único modo de que se termine el parto.

Se ha observado que en estos casos dicha operacion, tal vez porque se hace con más oportunidad, no tiene tan gravísimos resultados como en otros. No es preciso advertir que una vez curada la mujer se la hará llevar siempre una faja elástica.

De todas las otras hernias de la matriz, la que se verifica por el anillo inguinal es la más frecuente.

La hernia inguinal del útero es más frecuente en el lado derecho que en el izquierdo, á causa de la inclinacion natural de la matriz á ese lado, que hace que el ovario correspondiente se halle más próximo al orificio interno del conducto inguinal, siendo por tanto más fácil su sa-

lida y que arrastre consigo á aquella entraña. La mayor parte de las veces es congénita y debida á la persistencia del conducto de Nuck.

Se la reconoce por un tumor redondeado y duro que aparece en el espesor de uno de los labios mayores, difícil ó imposible de reducir, y que durante las épocas menstruales se pone más tumefacto y es asiento de cólicos intensos. Existen además dismenorrea y otros trastornos menstruales. Kiwisch dice que el diagnóstico solo es posible cuando se sienta á través del saco herniario la punta de una sonda introducida en la matriz.

Existe algun caso en que la hernia inguinal de la matriz no ha impedido la concepcion, apareciendo durante ésta los graves trastornos que son de presumir y terminándose por el aborto.

Es bastante grave el pronóstico de esta lesion, que determina frecuentemente fenómenos de extrangulacion, con especialidad durante las épocas menstruales.

El tratamiento consiste en intentar la táxis, colocando despues de conseguida un vendaje herniario, y si es imposible, hacer llevar un vendaje con una pelota cóncava de cautchout que proteja la matriz y paliar los síntomas que se presenten. En casos de extrangulacion la operacion apénas se diferenciará de la quelotomía. Y á propósito de esta operacion ¿estaremos autorizados á practicarla en aquellos casos en que la táxis sea imposible, aunque no exista extrangulacion? Mi opinion es afirmativa.

La hernia crural de la matriz ha sido tambien observada, acompañada de la del ovario y la de la trompa, y entónces los síntomas solo se diferencian de los que acabo de indicar, en el sitio del tumor que es en la parte superior del muslo. Por lo demás el pronóstico y tratamiento son los mismos que para la hernia inguinal.

Las hernias de la matriz perineal, ciática y del agujero oval, son muy difíciles de concebir á causa de la situacion, ataduras y relaciones de dicha víscera. En la primera el útero vendria á colocarse en el espacio comprendido entre la vagina y el recto, haciendo salida al exterior cubierto por la piel y despues de haber desgarrado ó arrastrado consigo todas las aponeurosis y músculos del periné. En la segunda especie la matriz habria salido de la pélvis por una de las escotaduras ciáticas, y en la tercera habria franqueado el conducto sub-púbico.

Tan difíciles de producirse creo estas hernias, que á pesar de indicarlas los autores del *Compendium de medicine,* todavia abrigo graves dudas acerca de que existan casos perfectamente auténticos. De todas suertes el diagnóstico de estas lesiones solo podria hacerse en la sala de diseccion.

Se han querido incluir entre las hernias los casos en que á causa de una version ó una flexion de la matriz, puede tactarse ésta, formando tumor en el interior de la vagina ó del recto.

8.° Fístulas de las partes genitales y perforacion del periné.

Aparecen en muchos casos á consecuencia de las violentísimas inflamaciones que se desarrollan en las partes genitales despues de un parto largo y difícil y como por esta causa no se descubren immediatamente despues del parto y para evitar repeticiones, aplazo su estudio para incluirlo en el de las enfermedades puerperales propiamente dichas.

LECCION LII.

B. — Enfermedades puerperales propiamente dichas. — 1.° Fenómenos del puerperio. — a. Escalofríos. — b. Accidentes nerviosos. — c. Retencion de orina. — d. Involucion del útero. — 2.° Patología del puerperio. — a. Muerte repentina. — b. Hemorragia.

1.° — Fenómenos del puerperio.

Una errata cometida en la página 444 de esta obra y que no puedo dejar como á otras para rectificarla en su lugar oportuno, me ha hecho decir que el puerperio termina á los quince ó veinte dias del parto, siendo así que su duracion, siempre variable, llega con frecuencia á los treinta y alguna vez pasa de los cuarenta dias. Su término visible es la vuelta de la menstruacion á la que las mujeres parideras llaman el partillo.

Terminado el alumbramiento suele experimentar la mujer un frio intenso que la hace temblar, pero que dura pocos minutos y durante el cual se acelera algo el pulso y se pone pequeño. Sigue al escalofrío una reaccion proporcionada á su intensidad, colorándose la piel, animándose el semblante, desenvolviéndose el pulso y dando lugar á la mujer á que sienta el cansancio natural al trabajo del parto y que desee entregarse al sueño que reanima sus fuerzas y que no debe evitarse como aconsejan algunos, limitándonos solo á observar con frecuencia los paños que tiene en la vulva, por si se presentara alguna hemorragia obrar con rapidez ántes que llegue á inspirar algun cuidado.

Alguna vez, sin embargo, la mujer siente ese frio, pero ó no es muy intenso ó no puede apreciar su intensi-

dad; se encuentra profundamente abatida ó en un estado de excitacion considerable; no tardan en sobrevenirle movimientos convulsivos y delirio ó un verdadero acceso de furor ó un estado comatoso profundo y durante él sucumbe. Estos *accidentes nerviosos* que algunas veces terminan de tan terrible manera, ¿pueden considerarse como un acceso de fiebre intermitente perniciosa ó como una fiebre puerperal agudísima? Yo así lo creo, aunque hasta ahora falte un número suficiente de observaciones con sus correspondientes autopsias que puedan hacer la luz sobre este asunto.

Es excusado decir que la aplicacion de cataplasmas fuertemente sinapizadas, colocadas en las extremidades y sobre la region precordial, fricciones estimulantes á distintas partes del cuerpo y los corroborantes más enérgicos deben ser administrados en estos casos; y si la mujer sale de este estado, debe administrársele desde luégo fuertes dósis de sulfato de quinina. Tres veces en que he presenciado situaciones análogas teniendo la dicha de ver reanimarse á la mujer, siempre les he administrado en cuanto han estado en posicion de tomarlo, este medicamento y jamás ha vuelto el acceso, no sé si casualmente; pero una vez que en consulta lo propuse y se desechó unánimemente mi propuesta, sobrevino un nuevo acceso de intermitente álgida á las treinta y seis horas, y la mujer sucumbió.

Despues del frio y durante las doce primeras horas la temperatura de la mujer se eleva hasta unos 39°, principalmente si el parto se ha terminado por la mañana, bajando luégo 1° en las multíparas y 1°5' en las primíparas durante otras doce horas. A las veinte y cuatro horas el pulso adquiere una lentitud notable, sobre lo que ha insistido mucho Blot, llegando hasta cuarenta y

dos pulsaciones por minuto en ciertos casos, sin que esta lentitud implique gravedad alguna, sino que es de muy buen agüero, y cuando se ha presentado ya, desaparece el temor á las hemorragias. Esta lentitud dura dèsde uno á doce dias, suspendiéndose al tercero, miéntras la fiebre láctea, durante la cual puede llegar á cien latidos por minuto.

Otro fenómeno inherente al puerperio consiste en la *retencion de orina*, que es causada á mi modo de ver y contra lo que asegura Skroder por la parálisis pasajera de las fibras del cuerpo de la vejiga, á causa de la compresion que sobre la cara posterior de los púbis sufre ese órgano durante el parto, por la matriz empujada por la cabeza del fétus durante su paso por el estrecho superior y escavacion. Cuando esta compresion se verifica tambien sobre el cuello de la vejiga, es más frecuente la incontinencia de orina que la retencion.

Esta retencion (que exige prontamente el cateterismo uretral) podria confundirse con una metritis, de la que se distingue por la falta de fiebre y la ausencia de la escrecion urinaria, pudiendo ilustrar el diagnóstico en los casos de duda el cateterismo uretral, que al mismo tiempo serviria de tratamiento á la retencion.

Hay además en el puerperio astriccion de vientre que puede hacer precisa la administracion de un laxante, los cólicos uterinos ó entuertos y la fiebre láctea de que he hablado en otro lugar (páginas 83 y siguiente).

Pero de todos los fenómenos fisiológicos del puerperio, algunos de los cuales pueden convertirse en trastorno patológico y de consideracion, nada más admirable que la regeneracion (digamosio así) de la matriz, á lo que se ha llamado la *involucion del útero*.

La reduccion del volúmen de esta entraña comienza

desde que se empieza á formar la bolsa de las aguas, adquiere más proporciones á la rotura de ésta, á la salida del fétus y por último despues del alumbramiento, desde cuyo tiempo subsiguen contracciones intermitentes y dolorosas (cólicos uterinos) en las multíparas y una contraccion gradual y continuada no dolorosa, en la mayoría de las primíparas, cuyo estado de contraccion da por resultado que al cabo de diez á doce dias ó quince, ya no puede sentirse el fondo del útero por el tacto abdominal. Depaul, Autefage y Skroder deducen de las mediciones que han practicado, que la retraccion del útero es más rápida en las primíparas que en las multíparas, y que la lactancia, léjos de apresurar la completa involucion del útero, como se ha pretendido por la mayoría de los autores, la retarda algun tanto. El orificio interno del cuello permanece áun franqueable para el dedo explorador hasta el décimo ó undécimo dia, el orificio externo hasta la quinta ó sexta semana y el espesor del cuello no adquiere hasta esta última época sus dimensiones y consistencia normales.

La vagina rara vez vuelve á su estado anterior y tarda siempre de tres á cuatro semanas en comenzar á estrecharse y formar pliegues, conservando en su orificio exterior señales evidentes de la rotura de la horquilla ó de las dislaceraciones que haya podido sufrir durante el parto.

En cuanto á la superficie interior del útero, ya he indicado que la caduca tanto uterina como refleja, no es otra cosa que la misma membrana mucosa. A partir desde el cuarto mes de embarazo, se forma una delgada mucosa entre la túnica musculosa del útero y la caduca uterina, y al desprenderse la placenta deja adherida á aquel órgano la membrana útero-placentaria, así como el

resto del huevo ha dejado adheridos muchos colgajos de la caduca uterina, cuyos colgajos se exfolian progresivamente y salen con los lóquios. En tanto la nueva mucosa va perfeccionando cada vez más su organizacion, hasta el punto de que á las cinco ó seis semanas es ya completa. En el punto en que estaba inserta la placenta quedan despues del parto los senos abiertos, rellenándose con coágulos sanguíneos vermiformes, y siendo recubiertos por el tejido de la mucosa, desarrollado delante de ellos. Este trabajo es más lento que el de organizacion del resto de la mucosa, hasta el punto de que aún á los cuatro meses despues del parto, puede perfectamente ser reconocido el sitio de la insercion de la placenta.

La primera ovulacion no tiene lugar generalmente hasta la sexta semana, época en que como he dicho, se ha terminado la involucion del útero; y como entónces la circulacion es bastante activa y el órgano se halla más predispuesto á las congestiones, la menstruacion que acompaña á dicha primera ovulacion suele ser excesiva. Despues de ésta, si la mujer lacta, suelen interrumpirse las congestiones ováricas periódicas, y por lo tanto el desarrollo de las vesículas de Graaf hasta una época que varia desde el octavo hasta el décimo sexto mes del parto, pero en otras mujeres esta congestion, el desarrollo que le acompaña y la hemorragia que la termina, suelen sucederse mensualmente sin interrupcion alguna, y estas mujeres son las que segun su expresion *no guardan la leche.*

PATOLOGIA DEL PUERPERIO.

a.—MUERTE REPENTINA.

Desde tiempo inmemorial han llamado extraordinariamente la atencion los casos que se han observado de

muerte repentina, tanto durante el parto como en los primeros dias del puerperio. Analizados estos casos y hechas varias autopsias, se ha venido á comprobar que pueden reducirse á tres las causas de dicha muerte: 1.ª, la embolia: 2.ª, accidentes nerviosos: 3.ª, un acceso de intermitente perniciosa. Puede sobrevenir tambien la muerte á consecuencia de una eclamsia, y por cualquiera causa no inherente al estado puerperal (aunque semejante estado puede contribuir como causa ocasional de la muerte) segun acontece en los casos de apoplegía, rotura de un saco aneurismático etc., etc.

De las tres causas de muerte repentina durante el parto ó el puerperio, diré algo acerca de la embolia, al tratar de la fiebre puerperal, á cuya enfermedad termina en muchos casos; de los accidentes nerviosos ya he hablado, y respecto á la tercera causa corresponde igualmente ocuparnos al hacerlo de la fiebre puerperal.

b.—HEMORRAGIA PUERPERAL.

Aparte de la corta cantidad de sangre que constituye los lóquios sanguíneos y la que existe en los sanguinolentos, sucede algunas veces, cuando el útero se ha hallado considerablemente distendido por un embarazo doble ó por una hidrómetra, que áun al tercero y al cuarto dia son expulsados algunos coágulos y áun cierta cantidad de sangre líquida. Otras veces la hemorragia es más considerable y depende entónces de un estado de inercia de la matriz que es preciso apresurarnos á combatir, y con tanto más motivo cuanto que en ocasiones esta hemorragia es interna y su diagnóstico puede ser oscuro en un principio. (1)

(1) Véase pág. 400.

En el tratamiento de estas hemorragias se ha aconsejado la *expresion* ideada por Credé y de la que he hablado más arriba (1): la compresion de las paredes del útero, bien contra la columna vertebral á través de la pared anterior del vientre, como propone Deneux, ó introduciendo una mano en la cavidad de esa víscera y comprimiéndola así con una mano por fuera y otra por dentro como quiere Hamilton; la compresion de la aorta (2); la introduccion en el útero de una esponja empapada en una disolucion de percloruro de hierro; las inyecciones intra-uterinas con este último líquido ó con la tintura de iodo diluida; la aplicacion del hielo; la administracion interior del cornezuelo de centeno ó las inyecciones hipodérmicas de ergotina; las ventosas á las mamas, los sinapismos inter-scapulas, etc. etc.

Además de la inercia uterina pueden producir la hemorragia á que me refiero distintas otras causas, como el éxtasis venoso de la mitad inferior del cuerpo uterino en mujeres afectas del corazon (Kiwisch); la ectasia pronunciada de una vena del cuello (Hecker); una ulceracion del cuello (Mikschik), y principalmente *la parálisis de la porcion de matriz en que se insertó la placenta con completa contractilidad del resto del órgano.* En esta parálisis se observa una depresion del útero en el punto indicado, miéntras el resto contraido le forma un anillo á su rededor. En este caso además de los medios dichos podria apelarse á la electricidad.

Las hemorragias que se observan desde los cuatro ó seis dias posteriores al parto, son debidas en la mayoría de casos á restos del huebo que persisten en el interior del útero ó á la existencia de una mola ó de un cuerpo

(1) Véase páginas 370 y 371.
(2) Pág. 402.

extraño cualquiera (cuerpos fibrosos, pólipos fibrinosos, etc.) Cuando hay restos de membranas ó de la placenta, no es extraño que acompañen á la hemorragia los síntomas de una septicemia.

LECCION LIII.

Continúa la patología del puerperio.—c. Fiebre puerperal. Resúmen de varias observaciones. Discusion sobre la naturaleza de dicha enfermedad.

c.—Fiebre puerperal.

Voy á abordar ahora, aunque no con la extension que se merece sino con la que me permite la índole de esta obra, el estudio de una de las enfermedades más frecuentes de las puérperas y la que sin duda alguna ha suscitado y áun suscita discusiones acaloradísimas y pareceres contrarios.

Aludo á la fiebre puerperal.

Al describir esta enfermedad, no entraré en la discusion de cada una de las doctrinas que se han expuesto, pues semejante trabajo me conduciria muy léjos; me limitaré tan solo á exponer la que creo más aceptable. Empezaré, pues, trascribiendo el resúmen de varias observaciones (que considero como típicas) de enfermas diagnosticadas de fiebre puerperal conmigo por eminentes profesores, tratando luégo de analizar si entre ellas y otras análogas, existen ó pueden existir puntos de contacto.

Observacion primera. Una señora de 29 años de edad, temperamento nervioso y constitucion débil, embarazada de su tercer hijo, empieza á sentir los dolores á las seis de la mañana del dia 4 de Mayo de 1873. Termina el

parto á las cinco de la tarde sin accidente alguno, naciendo vivo y bien desarrollado un niño de todo término que presentó como única particularidad en el parto venir de piés en posicion calcáneo-cotiloidea izquierda. La madre continuó bien durante cuatro dias, presentándosele al tercero la subida de la leche sin fiebre. En la mañana del dia quinto manifestaba, burlándose de ellos, presentimientos fatales, pero nada presentaba de particular y almorzó con apetito á las diez de la mañana. A las once y media fué acometida de repente de un frio intensísimo que la hacia temblar, sobreviniendo en seguida convulsiones epileptiformes continuadas y delirio furioso, suspendiéndose el flujo loquial y la leche, y durando este estado hasta las ocho de la noche en que se produjo una fiebre altísima que se terminó por un sudor muy abundante; y á las seis de la mañana la enferma se hallaba completamente despejada, sorprendida de lo que se le referia sobre su estado anterior y aseguraba encontrarse perfectamente, habiendo vuelto la leche y los lóquios. Una hora despues la encontraba en un estado sumamente satisfactorio y mediando una consulta, empezaba á administrarle 8 granos (4 decígramos) cada hora, de sulfato de quinina hasta concluir dos escrúpulos. A la noche nada de particular más que los síntomas de la intoxicacion quínica. A las cinco de la mañana siguiente comenzó á tomar igual dósis del medicamento dicho. A la una del dia sobrevino un ligero escalofrío, seguido de calor y sudor, durando entre los tres estadios dos horas. Se siguió con la quinina cuatro dias más, y nada más volvió á aparecer. Recientemente volvió á tener esta señora otro hijo.

Observacion segunda. N. N., de 19 años de edad, temperamento linfático y buena constitucion y salud habitual. Despues de un embarazo sin incomodidades notables y

cifrando todo su anhelo en tener un niño, lo dió á luz perfectamente y con toda felicidad la noche del 10 de Octubre de 1869 (el parto duró seis horas). Los dos primeros dias transcurrieron sin novedad y hallándose la parturiente muy contenta. A las ocho de la mañana del tercer dia escalofrío violento, y tras él fiebre alta, supresion loquial, dolor intenso en el hipogastrio que se exacerbaba notablemente á la presion y con cólicos frecuentes, abultamiento del vientre y meteorismo considerable. El médico de su asistencia le prescribió fricciones mercuriales al vientre y calomelano al interior. A las seis de la tarde siguiente empezaron á ceder sin sudor crítico todos los síntomas, y á las nueve de la noche todo se hallaba en el estado normal, y el profesor atribuyendo el resultado á la enérgica medicacion empleada. A las cinco de la madrugada nuevo frio, seguido de fiebre, dolor etcétera y accidentes nerviosos. Se citó una consulta á la una de aquella noche, á la que asistí, y á cuya hora los síntomas estaban en completa remision y la enferma sudando. Ántes de que se celebrase la consulta aconsejé se tragese y empezase á administrar el sulfato de quinina á alta dósis, temiendo que el nuevo acceso fuese subintrante. Pero miéntras hablábamos de la enferma, en lo que se emplearon dos horas (pues éramos cinco los profesores consultantes), sobrevino un nuevo escalofrío, tras el que se exacerbaron todos los síntomas, y á las seis de aquella misma mañana y en un coma profundo, alternado con violentas convulsiones, sucumbió la infeliz, sin haber podido tomar más que *cuatro granos de sulfato de quinina, y ya fuera de tiempo.*

Observacion tercera. R. T., de 38 años de edad, temperamento linfático y constitucion regular, habia tenido diez partos naturales, y el 3 de Diciembre de 1873 se le

presentaron los síntomas del undécimo, anticipados dos meses al término ordinario á causa de golpes recibidos en el vientre el dia anterior.

Este parto prematuro se anunció con una hemorragia formidable á causa de existir la placenta prévia, y fué preciso practicar la version, extrayéndose un fétus muerto y quedando la parturiente en un estado de suma debilidad.

La noche del 5 la enferma estuvo sumamente agitada, y al amanecer el 6 un escalofrío violento á lo largo del ráquis habia precedido á un calor intenso; se quejaba de cefalalgia frontal fuertísima, quebrantamiento de fuerzas, dolores articulares y en el hipogástrio, exacerbándose estos últimos á menudo; el flujo loquial era poco abundante, la calorificacion de la piel era de 40°, el número de pulsaciones de 114, habia sed y se habia presentado alguna diarrea.

Durante los dias 7, 8 y 9 continuaron estos síntomas, agravándose durante la noche, en que se presentaba un delirio furioso, y fué preciso hasta el dia 11 practicar dos veces diariamente el cateterismo uretral.

El 12 faltó la exacerbacion y la enferma durmió tranquila por espacio de tres horas seguidas, cosa que hasta entónces no habia hecho, continuando despues todos los síntomas en descenso, y el 14 apareció casi repentinamente la secrecion láctea, haciéndose mucho más abundante la loquial, que no estuvo suspendida un solo dia, pero que era de una materia serosa de color grisiento y bastante fétida.

El dia 29 estaba en completa convalecencia.

Observacion cuarta. M. P., de 29 años de edad, temperamento nervioso, buena constitucion y salud habitual, habia tenido dos embarazos llevados á feliz tér-

mino, y el 8 de Febrero de 1874 á las nueve de la mañana, parió sin el menor accidente un fétus de término del sexo femenino, en perfecto y completo desarrollo. Esta mujer, durante el último tercio de su embarazo, habia tenido graves disgustos.

El mismo dia por la tarde fuí avisado porque la parturiente, á las dos horas de salir de su cuidado habia sentido un fuerte escalofrío general que le duró cerca de tres cuartos de hora, al que sucedió una fiebre alta, supresion del flujo loquial, dolor pungitivo en el costado derecho, disnea considerable y tos entrecortada. Ningun signo dió entónces la percusion, y la auscultacion reveló simplemente un estertor mucoso en el lado dicho, más perceptible en la region infra-clavicular.

En la mañana siguiente el dolor y la disnea habian disminuido, pero todos los demás síntomas subsistian.

El dia 10 no habia dolor, la enferma adoptaba todos los decúbitos, pero la fiebre persistia y no se habia presentado la secrecion loquial.

El dia 11 por la tarde se presentó un nuevo dolor en el costado izquierdo, apareciendo otra vez la disnea y aumentando la fiebre que habia disminuido considerablemente.

El dia 14 la enferma se hallaba en un estado semejante al del dia 10 y muy animada, habiéndose presentado los lóquios con el carácter de purulentos, pero con olor fétido.

El dia 16 dolor en el pié izquierdo que se continuaba por la pierna y muslo del mismo lado hasta la pélvis, edema considerable de toda esta extremidad, cuya presion causaba molestias, principalmente si se practicaba á lo largo de las venas. La fiebre apareció de nuevo, presentando desde este dia exacerbaciones considerables

á las seis de la tarde, que duraban hasta el amanecer, en que se presentaba un copioso sudor. Preséntase nuevamente la diarrea.

Hasta el dia 1.° de Marzo todo continuó casi en el mismo estado, á pesar del tratamiento más enérgico, sostenido y bien observado, y desde el dia dicho desaparecieron las exacerbaciones, la fiebre se redujo considerablemente y aunque persistia el edema de la extremidad inferior izquierda, el dolor á la presion era casi nulo.

El dia 5 nuevo recargo febril, preséntase una tumefaccion considerable sobre el trocanter del fémur izquierdo, en la que la mujer acusa dolor pungitivo y se comprueba perfectamente la fluctuacion, lo que me obliga á practicar la puncion con el aspirador de Dieulefoy, extrayendo cerca de dos cuartillos de un pus grisiento espeso y de un olor muy fétido, aunque muy diferente de el del pus de la cáries ósea.

Desde esta fecha la postracion y la debilidad de la enferma fueron en progresivo aumento, la fiebre continuó lenta con sus exacerbaciones por las tardes y abundantes sudores á la madrugada, el apetito desapareció de una manera absoluta, sobrevino algun delirio por las noches, y por último un coma vigil en un principio y profundo luégo, en el que sucumbió el dia 21 de Marzo de 1874, no permitiendo su familia practicar la autopsia. Desde la aparicion del absceso no volvió á verse flujo alguno por la vagina y la secrecion láctea no se actuó en la enferma.

Desde la primera puncion del absceso hubo que repetirla todos los dias ó cada dos dias, porque volvia á llenarse el foco y esto aumentaba los dolores de la enferma.

Nada he dicho respecto al tratamiento empleado en

estas últimas observaciones, pues fué el mismo á que aludiré más abajo al ocuparme de cuál es el preferible en cada una de las diversas formas de la fiebre puerperal.

Podria multiplicar considerablemente la relacion de casos diferentes, pero renuncio á ello, puesto que mi único objeto ha sido el presentar reunidos varios hechos que creo notables por ser cada uno de ellos un tipo totalmente diferente, al parecer, de los otros.

Ahora bien; ¿pueden y deben referirse á una sola entidad patológica las observaciones que como tipo acabo de presentar (tipos que admiten infinitas variedades), ó su naturaleza es diferente? Esto es lo que ha de resultar del siguiente análisis.

Las observaciones referidas son incompletas, puesto que las que terminaron mal no vienen acompañadas de los datos que la autopsia pudiera haber suministrado; pero á falta de ellos suplan los de aquellos casos análogos que en tan gran número nos presentan los autores. ¿Y en todos estos casos qué se nota? Si los examinamos con detenimiento, veremos siempre, tanto en las observaciones referidas por los autores que admiten la esencialidad de la fiebre puerperal, como en las de los que la niegan, lesiones cadavéricas, incapaces por sí solas, de servir para establecer un diagnóstico *á posteriori*. Gallard, que se esfuerza por negar la esencialidad dicha, entona un cántico de triunfo, cuando le hace encontrar á Moysant una pequeña cantidad de pus en una de las venas situadas en la base de los ligamentos anchos de una mujer muerta de la fiebre puerperal. Churchill se complace en citar á las afecciones de ánimo tristes ó alegres, á la primiparidad, etc., como causas productoras de esta enfermedad, y ni uno ni otro reflexionan en que consideradas esas lesiones y esas causas, ni explican los síntomas que se pre-

sentaron, ni establecen el curso de la dolencia, ni pueden disculpar la muerte de las parturientes. Y en los casos fulminantes en que las lesiones halladas por los más fanáticos localizadores, apénas exceden de alguna cantidad de pus en los senos uterinos y un dètritus putrilaginoso en la cavidad de la matriz, ¿cómo se explicará la rapidísima y funesta terminacion?

Pero prescindamos de las lesiones cadavéricas y vamos á los síntomas presentados por aquellas enfermas que han podido salvarse. ¿Adónde se metia esa metro-peritonitis intensísima de la enferma de la observacion segunda, durante el período de intermision?

Y en la observacion cuarta ¿quién podria asegurar el órgano no ya primitivamente sino siquiera más intensamente afectado y al cual pudiéramos considerar como orígen de la enfermedad?

En cuanto á la reabsorcion purulenta y prescindiendo de si el pus puede reabsorverse en sustancia, dando de barato el mecanismo de esta reabsorcion, ¿por qué continuaron normales los lóquios en las enfermas?

Por otra parte, si reflexionamos sobre estas observaciones y las de índole análoga, veremos que á pesar de su aparente diversidad, todas ellas convienen en puntos esenciales. En efecto, todas sobrevienen en aquella época del puerperio en que se encuentra muy poco avanzado, y por lo tanto aún no se halla en completa supuracion la inmensa herida que se forma en la matriz y áun á veces en las demás partes blandas del conducto vulvo-uterino, no existiendo todavia por lo tanto, las granulaciones ó los botones carnosos que cubren posteriormente esa herida y se oponen á la reabsorcion de las materias pútridas: en todas ellas no es un solo órgano ni aparato el primitivamente afectado, ni la afeccion de uno solo basta para ex-

plicar la intensidad de los síntomas y la rapidez de la terminacion en la mayoría de los casos; en todos, la inervacion parece ser la funcion más profundamente alterada, áun cuando las demás se ejerzan normalmente; las lesiones anatómicas no son bastantes pronunciadas y la enferma muere; las que se salvan son merced á medicamentos incapaces de modificar profundamente esta ó aquella lesion orgánica pero muy suficientes á obrar sobre la inervacion ó sea sobre la funcion dinámica por excelencia; y en la declinacion de la mayoría de las fiebres puerperales se observan aquellos fenómenos que no son ni pueden ser considerados como críticos, pero á los cuales se les ha dado este nombre por los médicos hipocráticos y se les ha hecho jugar un gran papel en el curso de esas enfermedades llamadas por ellos *totius substanciæ*.

Hay, pues, inmensas relaciones entre los (al parecer) diversos estados patológicos que se han confundido con el nombre de fiebre puerperal, y cuando comparamos estos estados patológicos con aquellos otros que son debidos á una intoxicacion miasmática, la analogía pasa á ser identidad, y en rigor á nada podemos apelar sino al estado puerperal, para diferenciar los unos de los otros.

¿En qué, pues, consiste la fiebre puerperal?

Virchow, Billroth, Verneuil, Simpson, Cruveilhier, Gallard y D'Espine han demostrado completamente la identidad que existe entre la fiebre puerperal y las fiebres quirúrgicas. En efecto, la puérpera se halla en las mismas condiciones que un herido grave cuya gravedad dependa, no de tener interesados órganos cuyas lesiones sean incompatibles con la vida, sino únicamente de la gran extension de ellas y de su proximidad al tronco. En ellas el ligero movimiento febril que se designa bajo el nombre de fiebre láctea, es quizás, más que hijo de ésta, debido

á la incorporacion pasajera á la sangre de materias sépticas en corta cantidad, incorporacion que se verifica ya por el intermedio de los vasos linfáticos, ya por el de los sanguíneos. Hay que tener presente que no son los glóbulos purulentos, mayores que los rojos de la sangre, los que se mezclan en masa con ésta, ni aún cuando lo hicieran son ellos los que contienen el principio nocivo esencial, sino una *materia líquida* procedente de la herida á la cual se halla adherida química ó mecánicamente la materia séptica, por más que nos sea imposible demostrar mecánica ni químicamente esa adhesion que solo conocemos en sus efectos. Esta materia líquida absorbible, la constituye con preferencia el suero del pus y el jugo sanioso, y para que la absorcion de esta materia pueda verificarse ó para que puedan empaparse de ella los trombus venosos, que desprendidos luégo y convertidos en émbolos la conducen á las partes más distantes, es preciso que la herida sea muy reciente y que su superficie no sea todavía granulosa, ni se hallan formado en los vasos que se abren en ella los trombus obliterantes.

En la mayoría de casos, esa absorcion que he dicho se verificaba en la puérpera, no tiene trascendencia alguna, pues ha sido muy escasa y las materias absorbidas no abundaban en *septina*, pero en otras ocasiones ocurre todo lo contrario y entónces la introduccion del veneno séptico se hace incorporándose éste inmediatamente con la sangre, ó empapándose de él los coágulos obliterantes de los vasos venosos (principalmente los de los senos uterinos). En el primer caso, si aún la absorcion no es considerable, tardan de dos á cuatro dias en desarrollarse los síntomas del envenenamiento producido y estos síntomas son principalmente los de los sistemas nervioso y circulatorio. Muy pocas son las lesiones anatómicas pro-

ducidas por esta absorcion y á la cabeza de ellas se encuentra la liquefaccion de la sangre, el reblandecimiento del bazo, del hígado, de los riñones y de los folículos intestinales, las alteraciones que caracterizan á una metritis difusa, á una parametritis, y con frecuencia suma la presencia del pus en los vasos.

Supongamos que la produccion de la materia séptica en el mismo individuo, ó su ingerto, se verifica en una época en que existen ya coágulos obliterantes en todos los vasos venosos, pero que son todavía bastante blandos para dejarse empapar por esa sustancia séptica que se pone en su contacto. Empapado bien el coágulo, llega el momento en que por cualquier causa se convierte en émbolo, es decir, se desprende en una porcion mayor ó menor y es llevado por la sangre á cualquier distancia; miéntras la recorre se mezcla con ella la materia séptica y en el punto de su detencion, situado como está en la luz ó el interior del vaso, se hace orígen de reabsorcion por un lado, de descomposicion por otro, y tambien de este modo el envenenamiento se verifica, diferenciándose entónces del que he indicado más arriba, en que tardan más en presentarse los síntomas y en que son más frecuentes entónces las colecciones purulentas ó abscesos metastáticos en diversos puntos de la economía.

Esto mismo que se observa en la puérpera existe en los heridos en las condiciones que quedan indicadas; é interpretando así los hechos es como únicamente pueden comprenderse no solo los fenómenos que caracterizan á la fiebre puerperal, sino sus diferentes formas (que han hecho decir que existen fiebres puerperales, no una fiebre puerperal); la escasez de lesiones en unos casos; la multiplicidad de ellas en otros; el contagio de la enfermedad que no exige la procedencia de una materia séptica de

otra fiebre puerperal, bastando la de cualquiera otra afeccion que produzca aquella etc., etc.

Es, pues, la fiebre puerperal idéntica á las fiebres quirúrgicas y debidas á la puohemia séptica ó septicemia y á la puohemia embólica ó séptico-puohemia. Consiste, por lo tanto, en un envenenamiento por sustancias sépticas introducidas por las vías genitales, y para que se produzca es indispensable que exista una herida fresca que sirva de vía de introduccion de dichas sustancias, las cuales pueden producirse en el organismo de la puérpera (caso de auto-infeccion) ó provenir del exterior (caso de infeccion externa).

LECCION LIV.

Continúa el asunto anterior. — Lesiones anatómicas y causas de la fiebre puerperal.

Lesiones anatómicas de la fiebre puerperal. Son numerosas, pues apénas hay órgano que no presente alteracion en los cadáveres de las que han padecido semejante enfermedad. Desde luégo en todos observamos heridas recientes más ó ménos extensas en las partes genitales externas, en la vagina ó en el cuello uterino, heridas que á menudo y cuando la marcha de la enfermedad ha sido lenta, se hallan convertidas en una úlcera que ha sido llamada *úlcera puerperal*, cuyos sitios de predileccion son la entrada de la vagina, los labios ó la horquilla.

El útero conserva un volúmen considerable, pues se ha detenido su involucion y en muchas ocasiones ha su-

frido un estado de inflamacion : su tejido es friable, y comprimido salen algunas gotas de pus; su superficie interna está reblandecida, llena de un líquido rojizo viscoso ó de verdadero pus, ó con colgajos pseudo-membranosos. Con frecuencia se halla pus en los senos y en las venas uterinas y alguna vez en los linfáticos. Los abscesos uterinos descritos por los autores parecen deber referirse, segun Bernutz y Duplay, á colecciones vasculares purulentas.

Las trompas de Fallopio están por lo general tumefactas y con una inyeccion considerable en su mucosa, principalmente en la porcion vecina al pabellon. Los ovarios tambien suelen hallarse tumefactos, rojos y reblandecidos.

En el peritoneo se halla desde un simple estado de arborizacion parcial ó congestivo, hasta una inflamacion total con flocones albuminosos, pseudo-membranas, derrame seroso, etc.

En el conducto digestivo suelen hallarse las lesiones de una inflamacion catarral, así como tumefaccion considerable, y áun ulceracion de los folículos intestinales.

El hígado, el páncreas y el bazo tambien suelen encontrarse tumefactos y áun reblandecidos.

En los riñones hay focos embólicos y señales de inflamacion más ó ménos circunscrita.

En las cavidades pleuríticas no es raro ver un derrame seroso, así como tampoco es extraño observar las lesiones de la endocarditis ni áun las de una flegmasía meningea ó meningo-encefálica.

Puede haber tambien abscesos metastáticos en el pulmon ó en el hígado ó en cualquiera de las grandes articulaciones.

La sangre ha sido hallada en las diferentes epidemias

siempre difluente, oscura ó casi negra, fétida, y segun Becquerel y Rodier, hay en ella un aumento en la proporcion de la fibrina, disminucion en la de los glóbulos rojos y aumento en la cantidad de colesterina y de fosfatos.

A pesar de esta multiplicidad de lesiones, que llega hasta el punto de no existir apénas un órgano en el cuerpo humano que no sea susceptible de afectarse durante una fiebre puerperal, hay enfermas que han sucumbido á ella, en las cuales la autopsia apénas ha encontrado otra cosa que una ligera inyeccion en las meninges cerebrales y una corta cantidad de serosidad en los ventrículos laterales. (He visto un caso de esta especie.) Depaul, Tardieu, Bourdon, Bouchut, Voillemier y Tarnier, han observado casos en que la autopsia no reveló lesion alguna.

Esta multiplicidad de lesiones en unos casos, la intensidad de las manifestaciones locales halladas en otros, la escasez de aquellas en algunos y su absoluta carencia en determinadas ocasiones, son susceptibles de una explicacion satisfactoria? Yo creo que sí; si el envenenamiento ha sido rápido y la cantidad de materia séptica absorvida es considerable, la lesion de la inervacion es tan grave, tan incompatible con la vida, que la muerte sobreviene ántes que hayan podido desenvolverse alteraciones apreciables en estos ó aquellos órganos; así es, que entónces las lesiones anatómicas deben ser muy escasas ó nulas: pero si la intoxicacion ha sido lenta, es decir, si en vez de la septicemia aguda se trata de una ischorremia, entónces hay tiempo sobrado para el desarrollo de las alteraciones citadas, que, como en todas las enfermedades generales ocurre, han de ser más graduadas y más intensas en aquellos órganos en que ya existia una alteracion cualquiera ó una predisposicion notable á ella.

De todo lo dicho hasta aquí, se deducen las conclusiones siguientes :

1.ª Hay varios estados patológicos susceptibles de ser comprendidos todos con el nombre de fiebre puerperal.

2.ª La causa de estos estados patológicos es la absorcion de materiales sépticos procedentes de la misma enferma (auto-infeccion) ó viniendo del exterior (infeccion externa).

3.ª Esta absorcion se hace por los vasos linfáticos ó venosos, y unas veces se verifica directamente, incorporándose la septina con la sangre, otras de una manera indirecta, empapándose de ella los trombus vasculares y llevándolas estos trombus consigo por el interior de los vasos al desprenderse.

4.ª Hay una fiebre puerperal aguda (septicemia agudísima, fiebre maligna de los autores) otra sub-aguda (septicemia aguda, metro-peritonitis puerperal de algunos tocólogos, fiebre puerperal de otros) y otra crónica (ischorremia, metro-peritonitis puerperal crónica, flegmasía *alba dolens*, fiebre lenta nerviosa de las puérperas, etcétera).

Voy ahora á ocuparme de la etiología de la septicemia puerperal, nombre con el que pueden comprenderse perfectamente todos los estados patológicos mencionados, pasando luégo á describir con la brevedad posible los síntomas en cada una de las formas que admitiré, permitiéndome ahora tan solo indicar que aparte de la septicemia puerperal, yo reconozco la existencia de metritis y de metro-peritonitis puerperales con todos los síntomas y signos evidentísimos de ellas y sin que coincidan con ningun estado general ó intoxicacion. Cuestion será esta tambien de la que me ocuparé más adelante.

Etiología. A la cabeza de las causas de la fiebre puerperal figuran la infeccion y el contagio. La infeccion, como he repetido más de una vez, puede tener su orígen en el mismo individuo ó provenir del exterior : en el primer caso es debida á la elaboracion de la septina en la cavidad uterina y su introduccion en los vasos : en el segundo, la absorcion del miasma se hace ó por las vías respiratorias, hecho que segun Churchill es excepcional, aunque Hervieux asegura que existe un miasma especial, *miasma puerperal*, cuya vía ordinaria de introduccion es el aparato pulmonal ; ó por una herida de las partes genitales, obrando entónces la septina ó el miasma séptico á la manera de un fermento que descompone el flujo loquial, el cual á su vez es absorvido en este estado, transformándose así la infeccion exterior en auto-infeccion.

A propósito de miasmas, voy á copiar lo que M. Faye dice refiriéndose á su produccion. « La descomposicion natural de las materias orgánicas da lugar á dos clases de productos, unos sensibles al olfato é inocentes á pequeñas dósis que constituyen los gases mefíticos, otros inodoros, impalpables é invisibles pero dotados de vida y de una increible diseminabilidad, que forman el producto esencialmente dañoso y que desenvuelve en los cuerpos de naturaleza orgánica los fenómenos de la fermentacion ó engendra las enfermedades más temibles. »

Estos gérmenes, segun Pasteur, preexisten en la atmósfera, aunque necesitan para desarrollarse condiciones especiales: segun otros pueden producirse expontáneamente.

Con la infeccion y la preexistencia de los gérmenes de Pasteur, se explican perfectamente todas las epidemias de fiebre puerperal, así como que en cuanto desaparezcan

las condiciones especiales que son necesarias para el desarrollo del gérmen, la epidemia concluye, lo cual no es tan fácil de comprender, atendiendo solo al contagio, máxime si se considera á éste tan activo como para aconsejar, como lo hace Churchill, que en cuanto un profesor haya visitado una vez siquiera á una mujer atacada de esta enfermedad ó haya asistido á una autopsia, abandone por espacio de meses enteros toda asistencia á partos y á puérperas.

Despues de la infeccion, el contagio es una causa muy abonada para producir la fiebre puerperal, bien se considere que por él se lleva el principio séptico directamente á la absorcion, ó bien se admita en otros casos que solo se conduce un fermento.

Cuando la enfermedad se presenta epidémicamente se ha observado que generalmente lo ha hecho durante el invierno y la primavera, sin que se sepa cuáles son las circunstancias que favorecen el desarrollo de los gérmenes ni cuáles lo contrarian, ni á qué es debida la mayor ó menor intensidad y gravedad de una epidemia; solo se ha visto que éstas han sido más frecuentes y mortíferas en las casas de maternidad y hospitales que en el resto de las poblaciones.

Además de estas causas que se han llamado generales, merecen muy mucho nuestra atencion otras locales ó individuales, las que predisponentes unas veces, pueden constituirse otras en ocasionales; así es que diré algo de ellas.

La primiparidad parece constituir una predisposicion notable y una causa de mayor gravedad. Hervieux cita 119 primíparas entre 190 enfermas, y Charrier 155 defunciones en primíparas entre 213 casos.

Las mujeres de constitucion débil están ménos expues-

tas á la enfermedad, segun parece deducirse de las observaciones de Hervieux.

La aglomeracion de personas y la miseria, producen mayores atacados y defunciones en los casos de epidemia.

La aclimatacion en un hospital agrava el pronóstico en estos casos á que me refiero, léjos de producir indemnidad.

Segun Lasserre, un parto largo y difícil expone más á la invasion de esta enfermedad que entónces es más grave que en otras circunstancias.

Las maniobras ni las operaciones de obstetricia parecen influir en manera alguna en esta enfermedad.

Esta influencia es marcadísima respecto á las pasiones de ánimo de la clase de las deprimentes que sufren algunas mujeres en los últimos meses de su embarazo, y respecto á las impresiones morales tristes que experimentan, tanto durante el parto como en los primeros dias del puerperio. Témoine, hablando de esto, dice que muchas mujeres son atacadas en los hospitales por haber visto morir á otra cerca de ellas. A esta influencia de las causas morales debe referirse la mayor frecuencia y más gravedad de la fiebre puerperal en las mujeres solteras que en las casadas, pues en las primeras son de suponer muchos más disgustos durante su gestacion y su parto que en las segundas, hecho que es de observacion diaria. En una estadística de Tarnier comprensiva de 5.651 enfermas, 4.631 eran solteras y 1.020 casadas, elevándose la proporcion de las muertas á 1 por 11,14 de las primeras y solo á 1 por 16,15 de las segundas.

LECCION LV.

Continúa el asunto anterior.—Sintomatologia de la fiebre puerperal en sus diversas formas.

Sintomatologia de la fiebre puerperal. Varian los síntomas de la fiebre puerperal, segun la forma de que se trate. Ya he dicho más arriba que unas veces esta enfermedad es agudísima, conviniéndole entónces el nombre de perniciosa, no solo por su constante terminacion funesta, sino por lo parecida y no dudo en decir que idéntica, que es á las que se han llamado fiebres intermitentes perniciosas. Otras veces la enfermedad es aguda y recuerda por sus síntomas á las metritis y metro-peritonitis; y en algunos casos la marcha de la enfermedad es crónica y en su descripcion entran perfectamente lo mismo la fiebre puerperal de los antiguos con sus formas inflamatoria, biliosa, mucosa, atáxica y adinámica, que la flegmasía alba dolens ó edema doloroso de las recien paridas.

Voy á describir estas tres formas de la fiebre puerperal.

Forma agudísima, fiebre puerperal maligna. Comprendo en esta forma la fiebre puerperal tifoidea y la fulminante de Monneret y Fleury. Acomete generalmente dentro de las primeras cuarenta y ocho horas que siguen al parto, y algunas veces apénas expulsadas las secundinas ó ántes que esta expulsion se verifique. Está caracterizada por un escalofrío violento y de larga duracion, con alteracion notable de la cara, que toma un color vio-

lado y cuyas facciones se retraen considerablemente, expresando la angustia y la fatiga; la postracion es considerable, hallándose la mujer animada por funestos presentimientos. Durante este escalofrío el pulso está débil, deprimido, á veces irregular, siendo difícil contar el número de pulsaciones; la respiracion se pone anhelosa, corta y desigual y al cabo de una ó dos horas aparece algun calor irregularmente distribuido, se desenvuelve un poco el pulso y el número de sus latidos llega á 120 ó 150, sobrevienen vómitos casi contínuos y por regurgitacion; diarrea muy líquida negruzca y fétida; meteorismo considerable; dolor abdominal general y bastante fuerte; se disminuye ó suprime la secrecion loquial; aparece el delirio; y en un espacio de tiempo que rara vez excede de setenta y dos horas y que algunas no llega á veinticuatro, va haciéndose cada vez más glacial el contacto del cuerpo de la enferma que se cubre de un sudor frio y viscoso y se pone cianótica; la descomposicion del semblante es extraordinaria; el conocimiento se pierde; el pulso se hace casi imperceptible, quedando reducidos los latidos del corazon á un débil temblor que se percibe tactando la region precordial, y la muerte termina este tristísimo cuadro.

Cuando hablé de la muerte repentina durante el puerperio, dije que en ocasiones era debida á la fiebre puerperal, refiriéndome á esta forma agudísima. Moreau asegura en sus *Recherches sur la fièvre puerperale epidemique observée à la Maternité de Paris en* 1843 *y* 44, que muchas mujeres sucumbieron entónces á la enfermedad de que me ocupo, pocas horas, y *áun á veces minutos* despues del parto. La autopsia revela en estos casos limitadísimas lesiones y ninguna de ellas capaz de explicar tan rápida como funesta terminacion.

Cuando en la forma á que me refiero la enfermedad dura cuarenta y ocho á setenta y dos horas, suele presentarse una remision más ó ménos pronunciada durante las primeras horas del dia.

Fiebre puerperal intermitente. La observacion segunda de las que en resúmen he expuesto, es un tipo de esta forma que raras veces se presenta tan pronto como la anterior, siendo la época corriente de su aparicion desde el segundo al cuarto dia del parto, lo cual puede ser causa de error de diagnóstico por confundirse cuando ménos su primer acceso con la fiebre láctea.

La fiebre puerperal intermitente puede ser benigna ó simple, lo cual es bastante raro, aunque no lo es tanto observar en el curso de una fiebre puerperal remisiones y áun verdaderas intermisiones, unas veces en el movimiento febril, otras en estos ó en aquellos síntomas, cediendo en la mayoría de casos á los antiperiódicos que entónces tambien tienen una influencia notable sobre la enfermedad en sí. Otras veces es una verdadera fiebre intermitente perniciosa, aunque no palúdica, pero que adopta los mismos tipos y reviste las mismas formas que las perniciosas genuinas.

En efecto ; como las de esta clase, la fiebre puerperal perniciosa es inflamatoria y entónces los síntomas son los que quedan referidos en la observacion dicha, notándose en la mayoría de ocasiones que existiendo una intermision evidentísima entre el primero y el segundo acceso, intermision que puede durar desde doce horas á tres dias (segun el tipo que adopte), solo hay remision de los síntomas entre el segundo y el tercero, que es por lo tanto subintrante, y este último presenta mucha analogía con el que acabo de describir en la forma anterior, y durante él sucumbe la enferma. No faltan, sin embargo, casos en

que los accesos sin perder su pernicie están perfectamente marcados y áun en epidemias muy benignas una fiebre puerperal intermitente inflamatoria presenta cierto número de accesos (6 ú 8) y da treguas á ser tratada y curada con el sulfato de quinina, ó se juzga favorablemente de una manera expontánea.

En las autopsias de enfermas que han sucumbido á esta forma, se encuentran numerosas colecciones purulentas en la matriz, en el hígado, en los pulmones, etc., y tambien hay pus en las venas y en los linfáticos del útero.

Además de esta variedad de fiebre puerperal intermitente, se han encontrado en las diversas epidemias, todas ó casi todas las que los autores describen bajo el nombre de fiebre intermitente perniciosa, aunque reluciendo en todos los casos el dolor en el hipogastrio, el meteorismo y la disminucion ú otras alteraciones del flujo loquial.

Vemos, pues, la variedad *soporosa ó apoplética*, cuyo tipo más comun es el tercianario doble ó simple, en la que tras del escalofrío inicial sobreviene una postracion considerable y un sopor profundo del que es muy difícil sacar á la enferma y solo por breves instantes, y tras este coma (que llega hasta la insensibilidad más absoluta aún al cauterio actual y durante el cual las escreciones son involuntarias, la respiracion es lenta y estertorosa y el pulso es frecuente en el mayor número de casos), sobreviene un sudor más ó ménos abundante y la enferma vuelve en sí, quedando más ágil y más despejada que ántes, hasta que un segundo ó un tercer acceso más intenso le arrebata la vida.

Hay tambien la variedad *delirante ó convulsiva* que generalmente es precedida algunas horas de una fuerte cefalalgia, razon por la cual pudiera confundirse con

una encefalitis, pero en ella el único síntoma que llama la atencion es el delirio ó las convulsiones clónicas ó entrambos fenómenos alternados; se juzga completamente sin dejar la menor huella para aparecer de nuevo, y en el segundo ó tercer acceso y sin que subsiga el coma y de una manera repentina en la mayoría de ocasiones, sobreviene la muerte.

A esta variedad pueden referirse las fiebres *cataléptica, epiléptica, tetánica* é *hidrofóbica* de los autores antiguos, pues es muy probable que para establecer estas distintas fiebres solo se hayan fijado en un síntoma especial de la variedad convulsiva y hayan atendido demasiado á él.

En la variedad *álgida* parecen aniquiladas la inervacion y la calorificacion; el estadio de frio se prolonga indefinidamente constituyendo todo el acceso, permaneciendo baja la temperatura de la piel, manteniéndose concentrado el pulso y conservándose las facultades intelectuales, no siendo de extrañar que en semejante estado, prolongándose hasta dos ó tres dias, sucumba la enferma lenta y dulcemente sin agonía y sin que haya sido posible hacerla entrar en reaccion. Otras veces, auuque son las ménos, sale la enferma del primer acceso, pero en muy pocas llega al tercero, sobreviniendo la muerte generalmente durante el segundo.

En la variedad *diaforética* hay un escalofrío de no muy larga duracion, seguido de un calor no muy intenso, sobreviniendo muy pronto un sudor abundante que alivia al principio pero que no juzga el acceso, continuando el pulso muy vivo y débil, la respiracion difícil y frecuente y sintiéndose la enferma morir como efectivamente sucede de una manera casi repentina y conservándose la inteligencia hasta los últimos instantes.

Las variedades *colérica* y *disentérica* no son muy frecuentes en nuestros climas, adoptan el tipo tercianario y deben sus nombres á la semejanza de sus síntomas con los del cólera y los de la disentería.

Tambien se ha descrito una variedad *sincopal*, en la que segun Torti, el síncope es el síntoma primitivo y aislado de la enfermedad, la apirexia es completa y la muerte sobreviene al acceso segundo.

En estos últimos años se han visto en Cádiz muchos casos de fiebre intermitente perniciosa pleuro-neumónica, y algunos de fiebre puerperal, en la que los síntomas predominantes eran los de una pleuro-neumonía unilateral en los primeros dias, bilateral al tercero ó cuarto y terminándose durante este ó el quinto ya en un estado comatoso, ya por una verdadera asfixia, curándose las pocas enfermas que lo verificaron, con el uso del sulfato de quinina. Era más bien que una intermitente perniciosa, pues verdadera intermision no existia, una fiebre puerperal neumónica.

Fiebre puerperal ordinaria. Se presenta desde el cuarto al décimo dia del parto. El escalofrío inicial es poco intenso y el principio de la afeccion se caracteriza por malestar general, dolores contusivos en los miembros, cefalalgia frontal, náuseas, vómitos biliosos y diarrea. Los lóquios apénas sufren alteracion, así como tampoco la secrecion láctea, el vientre está poco meteorizado y sensible y muchas veces solo el dolor se aqueja cuando se comprime entre el ombligo y el púbis. La enferma tiene poca sed, ningun apetito, su lengua está blanca, amarillenta, el calor de la piel no es muy considerable y el pulso está algo frecuente y débil.

La reunion de estos síntomas constituye el primer período de la enfermedad que dura generalmente de dos á cinco dias.

En el segundo período relucen notablemente los síntomas de la lesion de este ó del otro órgano y unas veces el dolor hipogástrico es intenso, extendiéndose hácia los riñones por un lado y hácia los muslos por otro, suprimiéndose totalmente los lóquios ó siendo sustituidos por un líquido negruzco de olor fetidísimo, con colgajos de membranas gangrenadas y con estrias sanguinolentas; la escrecion urinaria se hace con dificultad ó se retiene; la secrecion láctea se suspende ó desaparece por completo; se aumenta el calor de la piel; llega á 130 ó 140 el número de las pulsaciones y aparece algun delirio, continuando todos los otros síntomas del tubo digestivo que mencioné más arriba. Esta es la metritis ó la metro-peritonitis puerperal de los localizadores y á ella tambien puede referirse la ovaritis puerperal.

Otras veces en este segundo período sobrevienen frecuentes escalofríos erráticos é irregulares, sin periodicidad marcada ni duracion igual; el dolor hipogástrico es más considerable á un lado que á otro, pudiendo apreciarse con el tacto, segun Behier, una cuerda que se dirige desde un ángulo superior del útero á la parte anterior de la fosa iliaca correspondiente. Este dolor se extiende á lo largo del miembro inferior de su lado hasta el dorso del pié, aunque algunas veces parece ascender hasta la pélvis, y toda la extremidad dicha se tumeface, pero sin ponerse roja y conservando difícilmente la impresion del dedo. A esta variedad corresponden la flebitis y la linfagitis de los autores y lo que se ha llamado flegmasía alba dolens que es una flebitis segun los más, una linfagitis, segun algunos.

Este segundo período dura de cuatro á doce dias, sobreviniendo luégo el tercero en el que relucen extraordinariamente los síntomas tifoideos. La postracion y el aba-

timiento de las enfermas es considerable; su respiracion se hace anhelosa; su pulso muy débil y frecuente, llegando hasta 150 y muchas veces irregular; la piel se calorifica desigualmente y cubre de un sudor viscoso, poniéndose al mismo tiempo térrea y descomponiéndose el semblante; la lengua y los dientes se ponen fuliginosos; se presenta la diarrea ó se aumenta si existia; el meteorismo es considerable, pero la sensibilidad abdominal más obtusa; aparece el delirio y no es extraño ver sobrevenir hemorragias pasivas; y tan triste escena se termina por la muerte, pudiendo en ocasiones comprobarse ántes de ella derrámenes serosos ó sero-purulentos en las grandes cavidades, ó abscesos metastáticos.

Cuando se trata de la segunda variedad de esta forma, á los síntomas que acabo de indicar, se agrega la presentacion de uno ó varios abscesos en la extremidad afecta y áun á veces uno en la fosa iliaca correspondiente.

Tanto en este como en el segundo período suelen verse marcadas remisiones en los síntomas.

Si la enfermedad ha de terminarse favorablemente, rara vez llega al tercer período, y la mejoría se inicia por disminucion en el abatimiento, levantamiento de fuerzas, más animacion en el semblante, mayor regularidad en la respiracion, menor número de las pulsaciones, cesacion de los escalofríos, de los vómitos, de la diarrea, disminucion del meteorismo y de la sensibilidad abdominal, reaparicion de los lóquios, que se vuelven purulentos, y vuelta de la secrecion láctea.

El tercer período puede durar hasta el dia 28 ó 30 de la invasion de la enfermedad y áun ésta puede prolongarse hasta los dos meses ó más.

LECCION LVI.

Continúa el asunto anterior. — Causas de la muerte en la fiebre puerperal. Convalecencia. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Causas de la muerte. La embolia debida á la conversion en émbolos de los trombus venosos, explica perfectamente la muerte en ciertos casos de fiebre puerperal, muerte que se verifica entónces repentinamente y cuando la intensidad de los otros síntomas no bastaba ni con mucho á hacerla presentir. Esto se observa generalmente en lo que se llamaba por los antiguos flegmasía alba dolens y actualmente flebitis puerperal. Otras enfermas sucumben á consecuencia de derrámenes serosos en las cavidades ventriculares, algunas por un estado mixto de síncope y asfixia de cuya causa la autopsia dá indicios suficientes, y en determinadas, la necropsia no solo es incapaz de revelar la causa de la muerte, sino que ésta ha sobrevenido tan rápidamente que no queda vestigio alguno que pueda indicar siquiera la enfermedad padecida. Todo esto viene á comprobar más y más la idea de que, si bien la causa de la fiebre puerperal es evidente en la inmensa mayoría de casos, y puede comprobarse aún en algunos dudosos á primera vista, esta causa obra á la manera de los venenos dinámicos y de un modo análogo al ácido prúsico, al curare, al veneno de la serpiente de cascabel; es decir, determinando su accion sobre los centros nerviosos ó de otro modo quizás no tan exacto (máxime en esta época

de materialismo), pero que expresa más gráficamente mi pensamiento, obrando directa é inmediatamente sobre la causa (cualquiera que ella sea) de la vida.

La convalecencia de la fiebre puerperal es más ó ménos rápida, segun la forma de que se trate, pero siempre lenta, áun en la más aguda. Durante esta convalecencia no es extraño observar úlceras por decúbito, parótidas, abscesos frios, dolores musculares ó articulares, flegmasías de ciertos órganos como el estómago, los intestinos, los ovarios, etc., etc., y no es infrecuente observar enfermas que, salvadas de la fiebre puerperal, sucumben en la convalecencia, de lesiones consecutivas y áun en un estado de consuncion y de marasmo, debido á supuraciones excesivas ó á un estado de astenia general, imposible de hacer desaparecer.

El *diagnóstico* de la fiebre puerperal está facilitado mucho por el estado de puerperio á que debe su nombre, si bien hay que tener presente que no todas las afecciones que se observan durante ese estado son fiebres puerperales, y que suelen presentarse inflamaciones de distintos órganos y del peritoneo durante el puerperio, sin que exista infeccion séptica.

Veamos en qué fundar el diagnóstico de estas inflamaciones locales.

En la metro-peritonitis ha precedido á la inflamacion un parto laborioso, operaciones manuales ó instrumentales, una supresion de traspiracion y tal vez contusiones ó violencias. El escalofrío no es tan intenso ni la fiebre que le subsigue tan alta, faltando alguna vez en su principio; el dolor en el abdómen es más fuerte y más limitado al hipogástrio en un principio; hay supresion loquial y acompañan á estos síntomas vómitos y extreñimiento.

La retraccion de la fisonomía, los vómitos contínuos, el extreñimiento, la elevacion del vientre y su exquisita sensibilidad, además de la suma pequeñez y viveza del pulso, distinguen á la peritonitis de la fiebre puerperal.

Schroder hace tambien el diagnóstico diferencial entre esta última afeccion y la meningitis, la pleuritis, la pleuro-neumonia, la endocarditis y la nefritis; pero los síntomas especiales de cada una de estas enfermedades y la ausencia de los referentes á la matriz y peritoneo, bastan á separar unas de otra.

El *pronóstico* de la fiebre puerperal es gravísimo. Fergusson dice que á pesar de todos los tratamientos muere una mujer de cada tres, ó sea el 33 por 100, agregando que si en alguna epidemia la proporcion de las curadas es de dos por tres, el resultado es maravilloso, y que en muchas se ha visto sucumbir dos de tres. Leake ha perdido 13 enfermas de 19; Clarke 21 de 28; Hunter 31 de 32.

Tratamiento. Cuantos autores se han ocupado de él lo han dividido en profiláctico y curativo, siendo ambos de un interés sumo.

Al ocuparnos de la profilaxis de la fiebre puerperal, hay que tener presente que la absorcion de la materia séptica solo se verifica por superficies recien-heridas, y que en cuanto éstas han entrado en plena supuracion y se hallan cubiertas de granulaciones, la absorcion es imposible. Debemos, pues, considerar como casos de infeccion probabilísima, todos aquellos en que ántes del parto la mujer se halla sometida á causas poderosas de infeccion exterior ó de auto-infeccion. Por eso la aclimatacion en un hospital favorece, léjos de prevenir la aparicion de la enfermedad; por eso ésta se observa con suma frecuencia en los partos de fétus muertos con descomposi-

cion pútrida, y por eso el médico ó matrona que asisten á una parturiente la contagian con facilidad suma, pues está en circunstancias á propósito.

Es preciso, por lo tanto, evitar esa aclimatacion hospitalaria, máxime si en el asilo á que se alude hay casos de fiebre puerperal. Es indispensable que los lienzos, las esponjas, las vasijas, los muebles que vayan á servir á la mujer durante el parto y el puerperio, estén absolutamente libres de sospecha, siquiera de producir el contagio, así como los instrumentos que vayan á servir. El médico que se dedica á la práctica de los partos, debe suspenderla, ínterin tenga en tratamiento una mujer afectada de fiebre puerperal, ó de erisipela flegmonosa, ó de gangrena, ó renunciar á visitar éstas, así como á practicar autopsias, á no ser que despues de estas últimas no solo use de la más escrupulosa limpieza, sino que ventile sus ropas y las desinfecte, valiéndose del medio recomendado por el Dr. Torres Muñoz de Luna (1) ó las cambie completamente. Con la puérpera se usará tambien el mayor aseo, renovando con frecuencia las ropas de la cama y los lienzos que sirven para recoger el flujo loquial, así como lavando sus partes genitales con un cocimiento tépido de manzanilla, mezclado con vino blanco, inyectando en la vagina frecuentemente alguna cantidad de este líquido, en cuanto los lóquios disminuyan algo ó cambien en lo más mínimo las cualidades que le son propias, segun la época del puerperio. El aire de la habitacion debe renovarse á menudo, sea cualquiera la estacion, aunque con las precauciones debidas.

Tambien debe evitarse á la parida toda impresion moral y debe mantenerse su ánimo por todos los medios

(1) Fumigaciones con el áccido hiponítrico.

posibles, en la dulce conviccion de un pronto y feliz restablecimiento.

¿Hay algun medicamento que sea eficaz como profiláctico de la enfermedad de que se trata? Como tales se han recomendado los hiposulfitos, el sulfato ácido de sosa y el de potasa, el carbonato de sosa, el permanganato de potasa, la inyeccion en las venas de una disolucion de amoniaco en el agua, etc., etc.; pero aún no hay observaciones concluyentes en apoyo de ninguno de estos medios, y por mi parte creo que la única profilaxis consiste en la observancia extricta de los consejos anteriormente indicados. Sin embargo, en casos de epidemias, no dudaria en administrar á todas mis puérperas 8 ó 10 granos (4 á 5 decígramos) diarios de sulfato de quinina, durante los seis ú ocho primeros dias que siguiesen al parto.

Ocupémonos ahora del tratamiento curativo. Frente á la que se ha llamado fiebre puerperal fulminante, el arte es impotente, y si la profilaxis no ha dado resultado alguno, la muerte de la enferma sobreviene irremediablemente y el papel del médico está reducido á evitar la trasmision de la enfermedad. Cuando esa misma *forma agudísima* que he descrito no se presenta de una manera tan rápida, es posible entónces luchar con la muerte, aunque con poquísimas esperanzas. En este caso, y despues de aislar y aerear á la enferma y de procurarle el mayor aseo y renovacion de ropas, se le prescribirán inyecciones vaginales é intra-uterinas con un cocimiento tépido de salvia ó de manzanilla, mezclado con una disolucion de ácido fénico ó de cloruro de cal; se pondrá á la enferma en un baño general á 16° centígrados, el cual se repetirá dos ó tres veces en las veinticuatro horas; se administrará al interior el ácido fénico en pocion y el

sulfato de quinina á la dósis de media dracma (2 gramos) al dia. Si la frecuencia del pulso fuere excesiva se prescribirá la digital. Barker y Elliot aconsejan la veratrina; Trousseau asegura que la trementina de Venecia ha sido un recurso precioso en ciertas epidemias de fiebre puerperal.

Además de estos medios, habrá que usar como paliativos y como auxiliares del tratamiento principal, todos aquellos que pueda exigir el predominio de estos ó de aquellos síntomas.

Fiebre puerperal intermitente. Algunas enfermas sucumben durante el primer acceso, muchas en el segundo y cuando aún no se ha hecho diagnóstico exacto, pero la mayoría lo verifican durante el tercero y muy raras al aparecer el cuarto. De aquí nace la gran importancia de diagnosticar la afeccion de que me ocupo y la necesidad imprescindible de obrar en los casos dudosos y en aquellos en que solo se sospecha la enfermedad como si ésta fuera evidente. Maillot dice que las fiebres perniciosas exigen del médico prontitud, actividad, atrevimiento y energía en el tratamiento. Así, pues, en cuanto durante el puerperio aparezcan fenómenos extraños ó graves, sea de la índole que fueren y que llegando en poco tiempo á un alto grado de intensidad, desaparecen al cabo de doce ó veinticuatro horas, sin dejar vestigio alguno ó dejándolos muy escasos, debemos admitir que existe una fiebre puerperal perniciosa y tratarla como tal, pues la duda puede ser causa de la muerte de la enferma, y lo peor que nos puede ocurrir, comportándonos como aconsejo, es administrar la quinina á una enferma que se hubiera curado sin ella, y esto como se vé no tiene importancia alguna.

En las fiebres intermitentes simples y lo mismo en la

fiebre puerperal de tipo intermitente, pero en la que no existe pernicie, se ha discutido por los autores la oportunidad de administrar este ó aquel medicamento como succedáneo de la quinina y sobre si debe darse este medicamento más léjos ó más cerca del futuro acceso, á dosis más ó ménos considerable y por esta ó aquella vía; pero cuando se trata de una fiebre intermitente perniciosa puerperal no hay discusion posible y el único precepto que debemos dar es *administrar el sulfato de quinina cuanto ántes, á dósis suficiente y por la vía en que la absorcion sea más fácil y rápida.*

Administrar el sulfato de quinina cuanto ántes, significa en el momento en que tengamos sospecha ó evidencia del diagnóstico, sea á la declinacion de un acceso ó sea durante éste, y áun al empezar; pues nunca tenemos la certeza de que el que ha de sobrevenir sea ó no subintrante y por lo tanto es una ligereza aguardar á la apirexia.

Al decir dósis suficiente debo dejar consignado un hecho que todos los que visitan muchos enfermos habrán tenido ocasion de comprobar más de una vez, y es que casi todas las quinas del comercio están desprovistas de quinina, y que el sulfato que hoy se expende generalmente no debe merecer tanta confianza en lo general como el antiguo, pues siendo así que ántes con 18 granos de sulfato de quinina tenia uno seguridad de evitar un acceso de intermitente simple y de desarrollar la accion fisiológica del medicamento, hoy no tenemos esa seguridad y yo no he podido conseguir muchas veces una cosa ni otra, á dósis doble y áun triple de la que he indicado; así es que recomiendo mucho en casos de gravedad suma como el á que me refiero, repetir la dósis del medicamento hasta tanto que se encuentre muy desenvuelta

la accion fisiológica, volviéndolo á repetir desde que ésta empieza á desaparecer, é insistiendo en él aunque en menor proporcion por espacio de cuatro ó seis dias despues que no haya que temer un nuevo acceso.

Respecto á la vía de administracion, rechazo de una manera absoluta las fricciones á la piel que son completamente ineficaces; desconfio mucho de las enemas que á menudo se devuelven en seguida y con las que no podemos apreciar la cantidad absorvida; estoy convencido de que la aplicacion de la sal quínica á los vejigatorios cauteriza el dermis, haciendo imposible la absorcion, y solo tengo fé y me limito á la administracion del medicamento en disolucion por la boca y en inyecciones hipodérmicas, empleando conjuntamente estos dos medios de administracion, áun en aquellos casos en que el estado de irritacion gástrica parece hacernos rechazar el primero.

No hay que decir que durante el acceso habrá ¡que emplear al mismo tiempo aquellos medios que indique el conjunto de síntomas que se presenta, si bien huyendo de las evacuaciones de sangre áun en aquellos casos en que parezcan más indicadas, usándolas solo cuando la indicacion sea evidentísima y pudiera decirse vital, teniendo en cuenta siempre, que como dijo Cullen, las congestiones que algunas veces se presentan no son más que determinaciones morbosas subordinadas siempre á la fiebre, y que la principal indicacion es obrar contra ésta administrando la quina y sus preparados.

Fiebre puerperal ordinaria. Aunque produzcan extrañeza mis palabras á ciertos *pobres* profesores, debo decir, que los baños, la quinina y el alcohol son los medios únicos y verdaderamente eficaces que exige el tratamiento de la fiebre puerperal ordinaria.

Los baños generales deberán emplearse en cuanto el calor de la enferma llegue á 41°. En los casos leves bastarán las aplicaciones frias al tronco hechas empapando una sábana doblada por su mitad y al aplicarla, pasándola rápidamente sobre el vientre y pecho. Cuando la fiebre es alta podrá sumergirse á la paciente en una tina llena de agua á 25° ó 26°, haciéndola bajar poco á poco á la temperatura ordinaria, ó emplear desde luégo el agua fria para el baño. Éste ejerce una influencia mucho más favorable cuando la temperatura de la enferma ha llegado á su máximum, que miéntras esté en su período ascendente y con él, segun Schroder, no solo disminuye la fiebre, sino que « la enferma que ántes se hallaba abatida y con la inteligencia embotada, recobra ésta y se reanima y manifiesta durante esta supresion de calor los signos más evidentes de una mejoría notable. » El baño debe durar media hora, haciendo durante él afusiones frias á la cabeza y debe repetirse cada doce horas miéntras haya gravedad.

El sulfato de quinina deberá ser administrado á la dósis de dos á cuatro granos (uno á dos decígramos) cada cuatro horas, principalmente cuando la accion del centro circulatorio sea muy enérgica, y este modo de administracion variará en cuanto notemos alguna remision ó intermision, dando entónces durante ésta una dósis, aunque fraccionada, nunca menor de media dracma (dos gramos) en cada una.

El alcohol debe ser administrado en cuanto se presente el estado adinámico y á la dósis desde dos onzas (57 gramos) el primer dia, hasta tres (86 gramos) y rara vez cinco (103 gramos) el tercero, disminuyendo luégo gradualmente la dósis desde que la mejoría es manifiesta sin suspender el medicamento de repente, ante el temor

muy fundado de que reaparezca con más intensidad la adinamia y entónces sea imposible vencerla. Jaccoud aconseja que despues de volver á la dósis primitiva se sustituya el alcohol con vino de Bordeaux ó su análogo el de Valdepeñas (200 ó 300 gramos al dia).

La accion del alcohol es muy complexa. En cuanto se absorve, ejerce un estímulo enérgico y casi instantáneo sobre el sistema nervioso, y más tarde se verifica una modificacion especial en las combustiones nutricias; una parte del alcohol se elimina, sin descomponerse, por distintas secreciones, y otra queda en el organismo para consumirse por el oxígeno absorvido, evitando por su combustion que se destruyan otros materiales orgánicos, y siendo, por lo tanto, un verdadero alimento respiratorio que modera las pérdidas materiales del enfermo.

Además de estos poderosos agentes terapéuticos que tambien podrán ser empleados en la forma aguda de la fiebre puerperal, cuando dé treguas para ello, se recomiendan los purgantes y á la cabeza de ellos el aceite de ricino, el sen y el calomelano; las fricciones mercuriales en los casos de inflamaciones locales, sin olvidar entre las precauciones generales que ya más de una vez he mencionado, conceder algun alimento á la enferma, aerearla convenientemente, desinfeccionar sus ropas y prescribirle inyecciones veginales é intrauterinas con líquidos antipútridos.

En la convalecencia se hallan indicados los tónicos, el cambio de localidad y todas las reglas de una buena higiene, además del tratamiento especial que puedan exigir los accidentes que suelen presentarse.

LECCION LVII.

Continúa la patología del puerperio. — d. Tétanos puerperal. — e. Ovaritis puerperal. — f. Metritis y metro-peritonitis. — g. Abscesos de la fosa iliaca. — h. Vaginitis y vulvitis.

d.—TÉTANOS PUERPERAL.

Es una afeccion bastante rara, á lo ménos en nuestros climas, y tiene inmensa analogía con el tétanos traumático. En efecto, el traumatismo aquí es evidente, pues consiste en las lesiones del aparato genital; no existe, es verdad, á no ser en casos muy raros, la lesion de los filetes nerviosos, á que tanta influencia se concede en la produccion del tétanos de los heridos, pero hay con tanta frecuencia el enfriamiento á quien tambien se considera como poderosa causa de esta enfermedad, que lo que verdaderamente debe llamar la atencion es que sea tan raro el tétanos puerperal. Es más comun despues de los partos prematuros, ya naturales, ya artificiales, que de los que se verifican á su término.

Suele aparecer dentro de los cuatro dias que subsiguen al parto; empieza generalmente con el trismus á el que se limita en algunos casos, aunque en otros sigue el epistotonos, el emprostotonos, el pleurostotonos ó el tétanos tónico, no presentando sus síntomas ninguna particularidad notable.

El pronóstico del tétanos puerperal es gravísimo. Segun una estadística de Sympson, de 27 casos fallecieron

22 enfermas. Cuando solo se presenta el trismus suele terminar por la curacion.

Tratamiento. De todos los medios aconsejados para el tétanos de los heridos, los que han sido más eficaces en el puerperal son los baños generales templados de larga duracion, combinándolos con la administracion interior del ópio á alta dósis, hasta producir el narcotismo, y además las inhalaciones del cloroformo. Tambien se ha preconizado el uso interior del hidrato de cloral y las inyecciones en las venas con una disolucion de la misma sustancia.

e.—OVARITIS.

Es muy raro que en el estado puerperal se presente esta afeccion sola é independiente, sino que en la inmensa mayoría de casos se encuentra asociada á la metro-peritonitis cuya gravedad aumenta. Tambien en el decurso de la fiebre puerperal, la ovaritis es una de las muchas lesiones que suelen sobrevenir.

Cuando por rara casualidad se observa la ovaritis aislada durante el puerperio, sus síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento en nada se diferencian de los de la misma enfermedad, fuera de ese estado; así es que para evitar repeticiones me refiero á todo lo que de ella diré en su lugar oportuno.

f.—METRO-PERITONITIS PUERPERAL.

Independientemente de la fiebre puerperal y sin ser debida, como ella, á una infeccion, ni entrañando, por lo tanto, su gravedad, se presentan en la práctica casos indudables (y yo he observado algunos) de metro-peritonitis puerperal.

Lesiones anatómicas. La autopsia de las mujeres que han sucumbido á esta enfermedad nos permite ver una tumefaccion considerable del útero, cuya involucion se ha suspendido completamente. En la túnica serosa hay arborizaciones y exudados, y á veces estos apelotonan ó reunen al útero porciones del intestino delgado. El tejido de la matriz es blando y se encuentra á menudo en su espesor pequeños focos purulentos, aunque otras veces el pus se halla infiltrado entre las fibras musculares y en ocasiones la sustancia de la matriz está convertida en una pulpa rojiza ó grisienta, con un olor muy fétido. Cuando la alteracion del tejido propio del útero no es muy considerable, la mucosa ó está cubierta por un exudado grueso y difícil de desprender, ó reducida á una papilla negruzca y fétida. Fergusson asegura que el sitio de preferencia y de orígen de las lesiones es el que corresponde á la insercion de la placenta.

Tonnelé dice que en la metro-peritonitis puerperal hay dos formas distintas, el reblandecimiento y la degeracion pútrida, afectando más aquel á la membrana mucosa y ésta al tejido propio del útero.

Además de estas lesiones suelen encontrarse derrámenes seroso-purulentos en la cavidad peritoneal y tumefaccion, inyeccion y focos purulentos ó infiltracion purulenta en uno ó en ambos ovarios.

Etiología. Divídense las causas en predisponentes y ocasionales y figuran entre las primeras, la mala higiene, la alimentacion insuficiente, los excesos de la vénus y el abuso de los alcohólicos, aunque Voillemier asegura que jamás ha visto esta enfermedad ni áun durante las epidemias, en las mujeres entregadas á los licores espirituosos durante la gestacion.

Las causas ocasionales son las maniobras culpables

para provocar el aborto, la violencia y larga duracion de los dolores de parto, la administracion intempestiva del cornezuelo de centeno; la supresion de la traspiracion durante el trabajo ó emociones morales fuertes, y las operaciones manuales ó instrumentales.

Sintomatología. La enfermedad de que tratamos puede dividirse en dos períodos ó gradaciones de la misma. En el primero llamado por los autores metritis puerperal simple, la enfermedad empieza poco tiempo despues del parto, pero siempre ántes del cuarto dia, por un escalofrío no muy violento, al que siguen calor, quebrantamiento de huesos, dolores articulares, cefalalgia, sed, anorexia y aceleracion del pulso. La lengua está ancha, húmeda y ligeramente blanquecina, hay sensibilidad en el hipogastrio, aunque á veces sólo se despierta á la presion, y los lóquios que se suprimen durante el escalofrío reaparecen aunque algo disminuidos en cantidad, sufriendo la misma disminucion la secrecion láctea si ya se habia presentado ó retardándose su aparicion en caso contrario. A estos síntomas se agrega la disuria ó la completa retencion de orina que exige á menudo el cateterismo.

En ocasiones la enfermedad no pasa de aquí, á los dos ó tres dias empiezan á ceder todos los síntomas y á los seis ú ocho todo ha desaparecido; pero otras veces no ocurre así, sino que continúa en progresion ascendente el dolor abdominal, que siempre sufre exacerbaciones á manera de cólicos y se extiende á una gran parte del vientre ó á todo él, éste se abulta, es muy manifiesto el meteorismo, los lóquios desaparecen ó se hacen negruzcos y fétidos, y agréganse á estos síntomas la retraccion de los rasgos del semblante, vómitos frecuentes, extreñimiento pertinaz, fiebre altísima, trastornos en la respiracion, más tarde delirio y áun convulsiones, y la muerte

en muy pocos dias, no siendo raro ver comenzar los síntomas con una rapidez y una intensidad considerables, arrebatando á las enfermas ántes de las cuarenta y ocho horas. Este segundo período, por el cual comienza algunas veces la enfermedad, constituye la metro-peritonitis puerperal de los autores.

En ciertos casos, despues de haber llegado los síntomas al *summum* de intensidad, desaparecen de pronto los dolores abdominales y la enferma entra en un estado notable de calma y áun duerme algunas horas. Pero al paso que esto ocurre, ninguno de los otros síntomas desaparece, y la descomposicion del semblante de la enferma y la frialdad de la piel, así como la de la lengua y la fetidez del aliento, la descomposicion pútrida de los lóquios y la deficiencia del pulso, indican suficientemente que ha sobrevenido la gangrena y que la muerte avanza á pasos presurosos.

La metro-peritonitis puerperal puede terminarse ó por resolucion, como he dicho tratando del primer período; ó por supuracion, formándose abscesos que pueden abrirse en el peritoneo ó en la cavidad uterina; ó infiltrándose la supuracion en el tejido de la matriz y sucumbiendo la enferma á la puohemia; ó por reblandecimiento del tejido muscular, en cuyo caso puede sobrevenir la curacion; ó por gangrena, cuyos signos acabo de indicar, terminacion que siempre es funesta.

Diagnóstico. Es muy importante distinguir la metro-peritonitis puerperal de la retencion de orina, de los cólicos uterinos violentos, y sobre todo de la fiebre puerperal con la que tiene tantos puntos de semejanza, que muchos autores confunden en una sola descripcion ambas enfermedades.

En la *retencion de orina* no hay escalofrío fuerte, sino

solo algunos erráticos y de poca intensidad sin ser seguidos de aumento de calor y aceleracion del pulso, en una palabra, de fiebre; no hay meteorismo en el vientre, sino que por el contrario, la percusion da un sonido oscuro en todo el sitio ocupado por la vejiga; comprimiendo el tumor abdominal da una sensacion no muy definida de dolor y parece como que se despiertan conatos á orinar, y por último, el cateterismo vesical hace desaparecer las dudas y corrige la enfermedad.

Los *cólicos uterinos* no van acompañados de fiebre por intensos que ellos sean, ni de meteorismo, y en el intervalo de uno á otro el hipogástrio se halla insensible á la presion.

Entre la metro-peritonitis y la fiebre puerperal el diagnóstico es fácil la mayoría de veces, y estriba principalmente en ir excluyendo paulatinamente cada una de las formas de la segunda; pero en algunos casos, y principalmente cuando existen epidemias de ésta, puede asegurarse que á veces solo la autopsia podrá bastar para la distincion. Sin embargo, en la metro-peritonitis puerperal sobresalen los síntomas de la inflamacion metro-peritoneal, y la fiebre y los demás síntomas generales guardan siempre relacion con el estado local, del cuál dependen, y en la fiebre puerperal este estado local es muy poco acentuado y los síntomas generales lo son mucho, existiendo tambien al mismo tiempo signos evidentes de la afeccion de otros muchos órganos. Estas consideraciones, al paso que la menor gravedad de la metro-peritonitis y su docilidad al uso de los antiflogísticos y alterantes, bastarán la mayor parte de las veces para hacer el diagnóstico.

Pronóstico. En muchos casos es posible detener la enfermedad en su primer período, y entónces se resuelve

fácilmente. En el segundo período, ó sea cuando el peritoneo ha llegado á interesarse, todavía no es imposible, ni mucho ménos, la curacion, variando entónces el pronóstico, segun la índole de la causa productora, la rapidez del curso de la enfermedad, la existencia de complicaciones, etc.

Tratamiento. Desde el principio de la afeccion debemos recomendar la quietud del cuerpo y del espíritu, la dieta, el uso de bebidas diluentes y la sustraccion de toda faja ó vendaje que comprima el vientre. Es indispensable tambien el mayor aseo. Si el temperamento y las fuerzas de la enferma lo permiten, se prescribirá una ó dos sangrías generales, y en caso contrario, una ó más aplicaciones de sanguijuelas al hipogástrio. Si tampoco éstas fueren posibles, ó despues de hechas, se administrarán el calomelano á dósis refractas y las fricciones muy repetidas con el ungüento napolitano al vientre. El ópio y sus preparados prestan tambien muy buen servicio, como asimismo los baños generales templados. Esto no obsta para que se recomienden las inyecciones emolientes por la vagina y áun la aplicacion de supositorios anodinos.

Si se temiese la terminacion por gangrena se usará el ácido fénico y la quina al interior y en inyecciones. Si existiese un derrame considerable en la cavidad peritoneal, habiendo disminuido algun tanto los síntomas de la inflamacion aguda, se pintará dos ó tres veces al dia toda la pared del vientre con la tintura alcohólica de iodo. El collodium se recomienda con el mismo objeto.

En la convalecencia será preciso una buena higiene y áun el cambio de clima. Ni durante ella ni mucho ménos en el trascurso de la enfermedad, se permitirá á la mujer que lacte.

8.—FLEMON DE LA FOSA ILÍACA.

Comprendo bajo este nombre el flemon que se desarrolla en los ligamentos anchos y el del tejido celular de las fosas ilíacas, pues no hallo diferencias entre ellos ni en la etiologia, ni en los síntomas, ni en el pronóstico, ni en el tratamiento.

Etiología. Suele aparecer la afeccion desde los dos dias que siguen al parto hasta los doce ó quince. Sucede con frecuencia á inflamaciones del ovario, de la matriz, ó del peritoneo. Un parto muy prolongado y en el que haya sido necesario la intervencion del arte, predispone considerablemente á esta enfermedad.

Síntomas. Empieza generalmente por un escalofrío no muy violento, al que sucede un estado febril, apareciendo vómitos, ligera elevacion del vientre, dificultad en los movimientos de una ó de ambas extremidades inferiores y disminucion de los flujos loquial y lácteo ó alteracion en sus cualidades. Estos síntomas suelen exacerbarse algo por la noche: cuando la supuracion sobreviene, el dolor abdominal, que existia desde el principio aunque no muy intenso, se hace pulsativo y la fiebre toma el carácter errático que es propio de todos los casos en que hay abscesos interiores. Si tactamos el vientre encontramos más elevada una region ilíaca que la otra y bastante sensible á la presion, y en ocasiones podremos hasta circunscribir un tumor más ó ménos redondeado y duro. Este tumor puede irse haciendo cada vez más proeminente, colorarse de rojo la piel y romperse ésta dejando salir una cantidad, á veces enorme, de supuracion, despues de lo cual todos los síntomas disminuyen considerablemente ó desaparecen entrando la mu-

jer en convalecencia. Otras veces, á pesar de esta rotura y de este alivio, la supuracion puede seguir durante meses y áun años, formándose trayectos fistulosos y pudiendo la enferma sucumbir al marasmo y la consuncion. En otras ocasiones el tumor contrae adherencias con la pared correspondiente de la vagina, pudiendo reconocérsele entónces por el tacto vaginal y en ese concepto verificarse la perforacion que tambien puede tener lugar por el intestino recto ó por la S ilíaca del colon ó por el ciego, segun el lado de que se trate.

Otra terminacion puede ser la rotura del absceso dentro de la cavidad peritoneal.

Tampoco es rara la resolucion de esta enfermedad.

Diagnóstico. La presencia del tumor y la marcha que desde la aparicion de éste sigue la enfermedad, sirve para distinguirla de la metritis ó de la fiebre puerperal con quienes podria confundirse.

Pronóstico. Es ménos grave que el de la fiebre puerperal. Tratado desde el principio con valentía, puede resolverse, y cuando esto no se consigue la ciencia cuenta con medios para conseguir la apertura del absceso al exterior. Excusado es decir que cuando la rotura se verifica en la cavidad abdominal la terminacion es constantemente mortal. La formacion de trayectos fistulosos puede acarrear igualmente, aunque muy á la larga, este triste resultado.

Tratamiento. Se empleará desde el principio el método antiflogístico en todo su vigor, si la constitucion de la enferma lo permite. La quietud, la dieta, las evacuaciones generales y locales de sangre, los baños templados, alguno que otro laxante, son los medios indicados. La medicacion mercurial tambien produce muy buenos efectos. Cuando sospechemos la formacion del absceso se

hará una aplicacion con la pasta de Viena á la piel del vientre correspondiente al tumor, levantando pronto la escara y repitiendo la aplicacion en el fondo de la herida. Por este medio se solicita la evacuacion del pus al exterior y cuando ésta tarda, pero estamos convencidos de que por ese medio hay adherencias entre el tumor y la pared abdominal, se sumergé á través de ésta un trocar en aquél para vaciarlo, pudiéndose luégo dilatar la herida hecha é inyectar por ella un líquido emoliente y más tarde detersivo. Tambien podrá usarse para este efecto el aspirador neumático de Dieulefoy que será el preferido cuando el tumor sea accesible por la vagina, debiendo entónces aplicarse por la pared correspondiente de este conducto.

Si abierto el tumor al exterior la supuracion persiste algun tiempo, se harán las inyecciones yodadas, ó con ácido fénico, ó con tintura de áloes ó de mirra, y se someterá la enferma á un plan completamente restaurador de sus fuerzas.

Si el tumor termina por induracion, Joulin aconseja los vejigatorios volantes y la compresion metódica del abdómen por un vendaje apropiado.

Evacuado el absceso en la cavidad peritoneal, prescribiremos el hielo al exterior y el ópio á altas dósis al interior, pero con este tratamiento ó con cualquiera otro sucumbirá la enferma.

h.—VAGINITIS Y VULVITIS PUERPERALES.

Aquí me refiero solo á las inflamaciones de la vagina y de la vulva, que sobrevienen con frecuencia á causa de una detencion muy prolongada de la cabeza del fétus en el estrecho inferior ó de operaciones manuales ó instru-

mentales, especialmente si se han hecho sin mucho miramiento.

Esta inflamacion aparece generalmente á las pocas horas del parto y puede adquirir tan grande intensidad que ántes de 24 horas se haya terminado por gangrena. La gangrena de la vagina y de la vulva se la ha observado sobrevenir tambien expontáneamente y áun de una manera epidémica.

Síntomas. Tumefaccion (que llega á ser considerable en algunos casos) de los labios mayores y menores de la vulva, si se trata solo de la vulvitis, y tambien de las paredes de la vagina si de la vulvo-vaginitis; retencion de los loquios y áun de la orina y cuando ésta puede evacuarse se hace con mucho dolor y escozor por parte de la enferma. Ésta no puede adoptar otro decúbito que el supino con los muslos extendidos y muy separados entre sí; se halla triste y abatida y con fiebre. Tras de estos síntomas, si la enfermedad ha de tener una mala terminacion, se presentan manchas equimóticas en los labios, que luégo se hacen negruzcas, de figura irregular y de las que se exhala una sanies gris muy fétida. Estas escaras toman luégo un color gris amarillento, se circunscriben de una areola rojiza, y por último, se desprenden del décimo al décimo-quinto dia de presentadas, dejando en su lugar una úlcera rojiza cubierta de pus de buena calidad, muy profunda á veces, tanto que he visto algun caso en que la eliminacion de las escaras ha dejado una vasta cloaca, puesto que se habian desprendido con porciones de la vagina, otras de la vejiga y del intestino recto. Luégo comienza el período de reparacion, cuya duracion es proporcional á lo vasto de la ulceracion que ha resultado.

El *diaynóstico* de esta afeccion es fácil.

Pronóstico. Está en relacion de la intensidad con que ha obrado la causa productora, y por lo tanto de la mayor ó menor inminencia de la gangrena. Cuando ésta reina epidémicamente, entónces el pronóstico es mucho más grave. Las lesiones resultantes de la eliminacion de las escaras son á menudo incurables. Las dificultades que en la vaginitis y en la vulvitis encuentran los loquios á su salida, pueden determinar su descomposicion pútrida y la fiebre puerperal.

Tratamiento. Si se trata solo de la vaginitis, ó de la vulvitis, ó de ambas, nos limitaremos á los semi-cupios emolientes, inyecciones vaginales de la misma clase, y rara vez necesitaremos apelar á las evacuaciones sanguíneas, pero sí con mucha frecuencia á la administracion de los opiados y á la práctica del cateterismo uretral. Procuraremos desde el primer dia introducir á cierta profundidad en la vagina una sonda metálica muy gruesa y horadada en ambas extremidades para facilitar la salida de los lóquios, cuidando de extraerla y limpiarla con frecuencia.

Si la gangrena es inminente, Bouchacourt aconseja las cauterizaciones de las placas gangrenosas repetidas dos veces al dia, con un pincel empapado en ácido clorídrico, cuyo medio dice que apresura la caida de las escaras, modifica su olor y alivia los dolores de las enfermas.

Tambien se usarán entónces las lociones é inyecciones con agua clorurada, cocimientos concentrados de quina, disoluciones de ácido fénico ó de hipermanganato de potasa, y administraremos los tónicos (alimentacion nutritiva, vino, quina, proto-cloruro de hierro), vigilando la caida de las escaras para ver si podemos conseguir que los resultados de ella sean ménos graves.

Para las consecuencias de la gangrena ó fístulas vesico ó recto-vaginales, remito al lector á las lecciones subsiguientes.

LECCION LVIII.

Continúa la patología del puerperio.—1. Roturas del periné.

1.—ROTURAS DEL PERINÉ.

Los parteros entienden por periné el espacio comprendido por una parte entre la vulva y el ano y por otra entre la vagina y el recto, siendo la primera la parte superficial y profunda la otra.

Las roturas del periné son incompletas cuando no se extienden hasta el orificio anal, completas cuando interesan ésta y áun el tabique recto-vaginal en una extension más ó ménos considerable, y centrales cuando roto el tabique dicho y el periné, quedan, sin embargo, íntegros la parte posterior de la vulva y el ano.

La frecuencia de las roturas del periné está, segun Olshansen, en la proporcion del 21 por 100 en las primíparas y de 4'7 por 100 en las multíparas.

Etiología. Las causas se han dividido en predisponentes y ocasionales, y estas últimas en unas que se refieren á la mujer, otras al fétus y algunas al comadron. Las violencias exteriores tambien las producen.

Causas predisponentes. Figuran á la cabeza de todas la primiparidad, la edad avanzada de la parturiente ó su excesiva juventud. Las anomalías de la pélvis, con

especialidad aquellas en que el ángulo sacro-vertebral es muy pronunciado, ó el sacro es casi perpendicular, ó muy agudo el ángulo formado por los púbis; un exóstosis en cualquier punto de la cavidad pélvica; la exagerada extension del periné ó su rigidez excesiva, bien sea idiopática, bien debida á cicatrices ó á induraciones de las partes blandas; la estrechez de la vagina; la persistencia del hímen; todas estas circunstancias predisponen notablemente á la rotura del periné, hasta el punto de que algunas por sí solas bastan en ocasiones á determinarlas.

Las causas ocasionales que se refieren á la madre, son un parto sumamente rápido; esfuerzos bruscos, enérgicos y violentos; el tétanos uterino.

Las referentes al fétus son su gran volúmen, ciertas posiciones como las occipito-posteriores; todas las desviadas de vértice; las de cara; las de nalgas cuando se presentan conjuntamente todas las partes componentes de la extremidad podálica del fétus; la existencia de ciertas monstruosidades (fétus dobles).

Deben imputarse al partero la mala posicion en que coloque á la mujer, la administracion intempestiva del cornezuelo de centeno, las maniobras mal dirigidas ó ejecutadas, el descuido en sostener el periné ó sostenerlo mal.

Síntomas. Generalmente en las primíparas se rompe la horquilla, sin que esta lesion, fácilmente apreciable, tenga importancia alguna y cicatrizándose expontáneamente y en ocasiones, sin que nadie se halla apercibido de ésto. La solucion de continuidad puede ser mayor y llegar hasta muy cerca del ano y tambien cicatrizarse sin la intervencion del médico, quedando mayor amplitud en el orificio externo de la vagina (que pierde entónces la contractilidad que tiene en estado normal), y el periné

más ó ménos estrecho. Cuando la rotura es completa se encuentran divididos además del periné, el ano, una parte del recto y otra de la vagina. En estas circunstancias las mujeres no pueden retener las materias fecales, lo cual las constituye en una situacion tristísima; y en contacto contínuo la vagina con esas materias se inflama y áun se ulcera, al mismo tiempo que no estando suficientemeute sostenido el útero desciende al orificio vulvar.

En las roturas centrales se encuentra íntegro el intestino recto y entónces lo que se nota es una vagina con dos aberturas, la normal en la vulva y otra en el periné separada de aquella y del ano.

Diagnóstico. Basta para hacerlo la inspeccion de la region ano-perineal y la tactacion á veces.

Pronóstico. Es ménos grave en las roturas incompletas que en las centrales y que en las completas. En las primeras, si se halla limitada á la horquilla, nada de particular ofrece ni exige, pues se curan solas; si se extienden más hácia el ano y áun llegando á éste sin interesarlo no son muchas las molestias que ocasiona, la posicion á veces basta para reunirlas en gran parte y las operaciones que se hacen son con frecuencia seguidas de buen éxito.

Las perforaciones centrales desaparecen en algunos casos por la posicion y Velpeau cita un ejemplo de ello: las molestias que ocasionan son algo llevaderas y tambien suelen operarse con buen resultado.

La rotura completa del periné es una fuente de sufrimientos horribles para la mujer, que no pudiendo retener los gases intestinales ni las materias fecales y con inflamaciones y áun ulceraciones de la vagina y con prolápsus uterino, tiene que huir todo trato y toda sociedad, agregándose á ésto que no es raro en semejantes ca-

sos que la intervencion del cirujano sea infructuosa.

Tratamiento. Los autores lo dividen en preventivo y curativo, deduciéndose el primero del estudio de las causas predisponentes y ocasionales, y comprendiendo todas las indicaciones de que he hablado al tratar de las diversas presentaciones y posiciones, de los cuidados que exige la mujer durante el parto, de los partos distócicos, etc., etc. Voy, pues, á ocuparme solo del tratamiento curativo que es esencialmente quirúrgico, pues los medios farmacológicos é higiénicos ejercen poca ó ninguna influencia sobre la afeccion de que trato. Pero es preciso esta operacion en todos los casos? Más arriba he dicho que cuando la rotura es incompleta, se verifica á menudo la curacion expontánea y por lo tanto en estos casos no es fuera de propósito esperar algunos dias, con tanto más motivo, cuanto que yo no soy de la opinion de Danyau, Demarquay y Simon, que quieren operar inmediatamente despues del accidente. Esta operacion inmediata, áun en las roturas completas en que no hay otro recurso, tiene para mí el grave inconveniente (aparte del estado de los tejidos que no es apropósito entónces para hacer una sutura sólida, y del estado moral de la paciente, etc.) de abrir una puerta á la septicemia, pues recuérdese que al tratar de la fiebre puerperal he dicho que las heridas del cuello uterino, de la vagina ó de la vulva eran muy á propósito para la absorcion de la septina. Así, pues, creo debemos abstenernos de toda operacion hasta trascurridos cuando ménos treinta ó cuarenta dias del parto. Esto no obsta, para que en vista de los resultados obtenidos muchas veces por la posicion y de los quince casos recogidos por Huguier en 1849, en que fué bastante para obtenerla mantener aproximadas las piernas por un vendaje, hagamos permanecer á la mujer en la cama

toda la cuarentena en decúbito dorsal y con los muslos extendidos, aproximados y sujetos por una venda.

Decidida ya la operacion, réstanos elegir un proceder, sino preferimos el aconsejado por J. Cloquet, cuyo profesor cauterizaba con el hierro candente el ángulo de la division, á fin de que al desprenderse la escara fuera la herida resultante el punto de partida de una pequeña cicatrizacion, y una vez obtenida se vuelve á cauterizar con el hierro candente y así sucesivamente. Este proceder exige un tiempo larguísimo para obtener algun resultado y éste casi nunca es completo en las roturas muy extensas.

Para la eleccion del proceder operatorio es preciso distinguir los diferentes casos que pueden presentarse. Si la rotura es incompleta y poco extensa, bastarán la posicion y el vendaje á que ántes he aludido, y si no se obtiene resultado ó la rotura es más extensa, entónces podrá apelarse al proceder de Bourgeot, quien aproximaba los labios de la solucion de continuidad con pinzas finas (serres-fines), aunque en honor de la verdad y sin duda por torpeza mia, jamáshe conseguido union de herida ninguna de parte alguna del cuerpo con las pinzas finas; así es que creo preferible el proceder de Roux.

Roux coloca á la mujer como para la operacion de talla. Con unas tijeras curvas ó bisturí aviva los bordes de la solucion de continuidad, incluyendo el tabique si está hendido, aunque perdiendo la menor cantidad posible de tejido, y en seguida aplica tres puntos de sutura, uno á nivel de la comisura vulvar, otro próximo al ano y el tercero en el tabique. Para hacer la sutura toma tantas agujas curvas fuertes como puntos vaya á dar, y las enhebra con un hilo doble y plano de 1½ líneas (3 mm.) de grueso; coloca primero el más próximo al ano, introduciendo la aguja

á 16 líneas (30 mm.) del borde, primero perpendicularmente á la piel y luégo oblícuamente en el borde izquierdo de la herida, de modo que salga la aguja algo más allá del punto más profundo de la herida, que se sugeta interin se introduce con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda, y pasándola luégo de dentro afuera al otro borde, en un sentido inverso al seguido; atraviésanse luégo los hilos de las otras agujas y quitadas éstas, cortando el hilo, se pone á cada lado de la herida un trozo de sonda de goma elástica sobre el que se anudan fuertemente aquellos, para lo cual hay que desdoblarlos. Este proceder tiene el inconveniente de que con ese modo de practicar la sutura se reune el fondo de la herida, pero permanecen abiertos los bordes.

Dieffembach despues de avivar los bordes, da un punto de sutura entrecortada en el centro de la rotura de manera que comprende en cada lado una porcion de tegumentos de unas 5 líneas (10 mm.) de anchura. Pone en seguida dos puntos de sutura entortillada por encima y delante del primero y otros dos por detrás cerca del ano, y si hay desgarradura del recto la reune desde luégo asi como el orificio vaginal con puntos de sutura simple. Hecha la sutura practica dos incisiones semi-lunares, una á cada lado, que empiezan á una pulgada (12 mm.) hácia afuera de la extremidad posterior de cada labio y terminan á un centímetro por delante de la abertura del ano, pero de manera que la convexidad de la incision mire afuera y la distancia entre la herida perineal y la parte más convexa de esta incision sea de dos centímetros próximamente. El objeto de estas incisiones semi-lunares es evitar el estiramiento de la sutura, lo cual permite á la mujer hacer algunos movimientos sin temor á que se rompan los puntos de aquélla, cosa que no se consigue

en manera alguna con los vendoletes de diaquilon extendidos de una espina ilíaca ántero superior á otra pasando por cima de la nalgas que aconseja Nelaton para suplir á dichas incisiones.

La *perineo-plastia* de Jobert de Lamballe, se diferencia del proceder anterior en que las incisiones semi-lunares se prolongan hasta detrás del ano, y en que la sutura de la herida perineal se hace por cuatro puntos entrecortados hechos con un hilo plano y encerado.

Perineo-síntesis ha llamado Langembeck á un método que ha inventado aplicable á las roturas completas del periné. Cinco tiempos se consideran en él: 1.° Avivamiento del borde libre ó espolon del tabique recto-vaginal, para el que se introducen en el intestino recto los dos dedos índice y medio de la mano izquierda, separándolos para poner tensas sus paredes y con unas tijeras curvas se corta una porcion delgada de dicho tabique. 2.° Desdoblamiento del tabique y formacion de un colgajo destinado á formar en el nuevo periné el lado anterior del espacio triangular. Para ello y sin sacar los dedos del intestino se hace con un bisturí convexo en la cara interna una incision semi-circular, cuya convexidad pase éste á 2 ó 3 líneas (4 ó 6 mm.) del borde inferior del tabique, pero que solo interese la mucosa y algo del tejido submucoso de la vagina, disecando entónces con cuidado un colgajo superior ó anterior de la altura, de algo más de un centímetro, y de la extension de la anchura del tabique. Queda así desdoblado el tabique en dos láminas, una posterior destinada á quedar hácia atrás para formar el recto, y otra anterior que se trae hácia adelante para fijarla de cada lado por sus ángulos á la parte anterior del nuevo periné. Pasamos en seguida al *tercer tiempo* ó sea el avivamiento de los lábios de la solucion de continuidad del

periné para lo que se circunscribe sucesivamente con un bisturí convexo y pequeño, en la cara interna de cada labio, un espacio cuadrilátero prolongado en sentido antero-posterior, cuidando no interesar la mucosa vaginal por arriba y la piel exterior por abajo. Este espacio debe tener ½ pulgada de largo por ¾ de ancho.

En el cuarto tiempo se practica la sutura. La que debe cerrar el recto es la primera que se pone, valiéndonos de una aguja curva no muy gruesa y con un hilo doble. Se la coge con el porta-agujas y se la introduce en la piel á la izquierda del borde anterior del ano y á cuatro ó cinco líneas (8 á 10 mm.) del borde de la herida, haciéndola salir por el borde avivado del espolon del tabique á unas dos líneas próximamente (4 mm.) á la izquierda del punto medio, y luégo se la introduce á la igual distancia por el mismo borde á la derecha del centro, para volverla á sacar por el punto diametralmente opuesto y correspondiente á aquel por donde entró. Se tira de los dos extremos de este hilo y la herida de trasversal que era se plega en el sentido vertical en dos partes iguales que se ponen tambien en contacto por su borde cruento en la línea media, con lo que queda cerrado el recto. En seguida, y confiando á un ayudante esta ligadura para que la mantenga tensa, se continúa practicando la sutura, para lo que se colocan sucesivamente los hilos, empezando por los más próximos al ano, cuidando de que penetren las agujas á unas cuatro ó seis líneas (8 á 12 mm.) del borde de la herida, comprendan el fondo de ésta sin interesar la mucosa vaginal y estén separados uno de otro los puntos cuatro líneas (8 mm.) próximamente. Las agujas que debieran ser bastante largas y curvas salen por un punto correspondiente y opuesto á aquél por donde entraron. Antes de apretar los hilos se

fija la lámina ó porcion vaginal del tabique en la parte anterior de los dos labios de la division avivada, por medio de dos ó tres puntos de sutura á cada lado, hechos con pequeñas agujas curvas con hilo doble, y en seguida se aprietan los puntos sin causar extrangulacion y evitando que los lábios de la herida se replieguen hácia adelante.

El *quinto tiempo* de la operacion lo constituyen las incisiones semi-lunares de Dieffembach.

La curacion consiste en aplicar compresas con agua fria renovadas frecuentemente, y en mantener aproximadas las piernas con un vendaje.

La *perineo-síntesis* no siempre consigue un éxito brillante; á menudo deja una fístula recto-vaginal y no es extraño no obtener con ella modificacion favorable alguna.

Demarquay ha propuesto en 1864 otro método operatorio que consta de cinco tiempos; primero, avivamiento de las heridas; segundo, sutura de la vagina; tercero, sutura del recto; cuarto, sutura del periné; quinto, incisiones laterales.

En el avivamiento quita de cada lado del tabique dos colgajos triangulares, cuya base es inferior y mira á la nalga, y cuyo vértice truncado corresponde al espolon de este tabique desgarrado. En seguida separa una de otra las paredes vaginal y rectal, desdobla así el tabique en una altura de 5 líneas (un centímetro próximamente) y diseca cuidadosamente por uno y otro lado las mucosas de la vagina y del recto.

Para la sutura de la vagina pone de cinco á nueve puntos con hilo encerado, empezando por el más profundo. Atraviesa en el lado izquierdo la lámina mucosa del tabique desdoblado con una aguja curva enhebrada'

cuya punta sale en la superficie avivada, introduciéndola luégo en la parte opuesta correspondiente para que salga por el lado derecho en la mucosa vaginal. Haciendo igualmente todos los puntos, tenemos en la herida otras tantas asas de hilo, cuyos cabos están en la vagina, procediendo luégo á anudarlos aisladamente, con lo que quedan en contacto los dos colgajos de la mucosa vaginal por una superficie sangrante bastante extensa.

Procédese entónces á la sutura del recto, colocando las agujas de una manera análoga, á fin de que las asas de hilo estén en la herida y los cabos en el intestino, y anudando éstos (bastan ordinariamente tres ó cuatro) se tiene cerrado el intestino.

Queda el último tiempo para el que Demarquay coloca tres hilos metálicos, hundiendo las agujas curvas profundamente, pero siempre de izquierda á derecha y de modo que vayan á formar en el fondo de la herida tres asas, y anudando uno con otro los cabos de éstas se ponen en contacto las dos superficies triangulares avivadas.

El autor agrega varios puntos entrecortados hechos con hilo encerado y colocados de modo que establezcan una union entre los del tabique vaginal y los del rectal.

Para dar por terminada la operacion hay que agregar las dos incisiones semi-lunares del proceder de Dieffembach.

Deroubaix, profesor belga, ha descrito en el núm. 10 de la *Presse medicale belge,* de Febrero de 1864, un nuevo proceder que tiene más de un punto de semejanza con el de Marion Sims para las fístulas vésico-vaginales, con el que afirma haber obtenido excelentes resultados.

Con todos los procederes operatorios descritos, aplicables (con especialidad los de Dieffembach y de Demarquay) á las roturas completas del periné, y áun á ciertos

casos análogos de cloacas congénitas, se han alcanzado brillantes éxitos y se han sufrido insignes derrotas. El ginecólogo debe, sin embargo, intentarlo todo para ver de librar á una mujer de los horribles sufrimientos morales y áun físicos de una rotura perineal completa.

LECCION LIX.

Continúa la patología del puerperio.—j. Fístulas recto-vaginales.—k. Fístulas entero-vaginales.

j.—FÍSTULAS RECTO-VAGINALES.

Etiología. La comunicacion entre la vagina y el recto no solo tiene lugar en los casos de rotura completa del periné, sino que en ocasiones, ó bien como consecuencia de las operaciones hechas para corregir esta rotura, ó bien por una ulceracion de la pared posterior de la vagina consecutiva á un parto y que acaba por perforarse, ó bien por la aplicacion de pesarios, ó á consecuencia de cánceres uterinos que han invadido la pared vaginal posterior, ó, por último, congénitamente, sobreviene la fístula recto-vaginal.

Síntomas. La enferma siente escapar involuntariamente materias fecales líquidas y gases intestinales por la vagina, y al cabo de algun tiempo de estarse verificando este fenómeno sobrevienen inflamaciones de la mucosa vaginal, eritema y escoriaciones en las partes genitales externas, todo lo que ocasiona picor, escozor ó dolores considerables á la paciente y la constituyen en un estado de irritabilidad muy pronunciado.

Diagnóstico. Explorando por la vagina á la mujer que acusa los síntomas dichos, encuentra el dedo que practica el tacto á mayor ó menor altura de la pared posterior una dureza, en cuyo centro se halla la abertura del trayecto fistuloso. En caso de duda se introducirá por la vagina un speculum fenestrado, y poniendo una enema por el intestino recto con un líquido coloreado, se vé el punto de la vagina por donde sale éste.

Pronóstico. Las fístulas recto-vaginales se curan expontáneamente con más frecuencia que las vagino-vesicales y ceden tambien con más facilidad al tratamiento quirúrgico, aunque existen algunas de extraordinaria rebeldía.

Tratamiento. Convencidos todos los profesores de la absoluta inutilidad del tratamiento médico, solo se apela al quirúrgico, y entre los medios empleados los principales son la cauterizacion y la sutura.

Sea cualquiera el método que vaya á ponerse en práctica, se administrará á la paciente un purgante salino, y despues de pasado el efecto de éste una preparacion opiada para procurar un extreñimiento que dure muchos dias. Se lavan en seguida por medio de inyecciones el recto y la vagina, si se va á usar la cauterizacion (la cual está indicada en los casos en que la solucion de continuidad tiene un diámetro menor de dos reales y sus bordes no están muy callosos); se coloca en la vagina un speculum fenestrado de modo que la ventana, si es solo una, mire á su pared posterior, y se introduce en el recto un gorgeret de madera que se confia á un ayudante, para protejer la pared posterior del intestino recto, y con un cauterio de pico de grulla al rojo blanco se cauteriza el contorno de la fístula, continuando en los dias siguientes con inyecciones de agua fria por entrambos orificios.

Una vez caida la escara se sigue con las inyecciones que se las hace entónces astringentes, y se repite la cauterizacion si se nota al cabo de algunos dias que la abertura no tiende á obturarse. En el caso contrario se favorece la obturacion tocándola con el nitrato de plata.

Cuando la fístula tiene mayor diámetro que el dicho, ó sus bordes son muy callosos, ó se ha resistido á la cauterizacion, se procede á la sutura.

Para ella se coloca á la enferma como para la operacion de la talla, despues de haber tomado las precauciones preliminares que ántes indiqué. Se confia á dos ayudantes separar la pared superior y las dos laterales de la vagina con los depresores de Gerdy, y el profesor introduciendo el dedo índice en la vagina empuja lo más posible hácia adelante su pared posterior, á fin de hacer más accesible el contorno de la fístula. En seguida con unas tijeras largas curvas por su plano escinde los bordes callosos de aquella en toda la extension de su circunferencia, poniendo luégo tres puntos de sutura, pasando las agujas entre el recto y la vagina á 4 líneas (8 milímetros) de distancia de los labios de la herida de ésta, y para terminar la operacion con el objeto de que la sutura no quede muy tirante y se desgarren los puntos, se atraviesa con otras tres agujas enhebradas todo el grosor del tabique recto-vaginal, desde la vagina al recto, y luégo desde el recto á la vagina á 8 líneas (1½ centímetros) por fuera de los primeros puntos y se hace con los hilos una nueva sutura de refuerzo. Este proceder es muy recomendado por Scanzoni.

Cuando la fístula es muy extensa me ha dado excelente resultado en un caso despues de hecha la escision del borde calloso, disecar con un bisturí la mucosa vaginal con alguna porcion de tejido submucoso, todo al re-

dedor de la abertura, con lo que se ha facilitado notablemente la reunion y áun se ha podido prescindir de la sutura de refuerzo ó de aproximacion.

Otros aconsejan practicar la escision del reborde, disecar un colgajo de la mucosa vaginal y llevarla por deslizamiento.

K.—FÍSTULAS ENTERO-VAGINALES.

Cuando hablé del embarazo dije que en ocasiones se situaba en el fondo de saco vagino-rectal algun asa de intestino delgado; pues bien, se han visto casos en que á consecuencia de un parto largo y difícil, y persistiendo esta colocacion del asa intestinal, despues de una inflamacion adhesiva y de la perforacion del tabique formado por ésta entre la vagina y el intestino delgado, han sobrevenido fístulas entero-vaginales, que desde luégo determinan fenómenos de suma gravedad, que concluyen con la vida de la enferma, que sucumbe á una emaciacion rapidísima ó á síntomas de extrangulacion interna.

Estas fístulas son gravísimas, y aunque raras veces se presentan, han producido en todos los casos observados la muerte de las enfermas.

LECCION LX.

Continúa el asunto anterior.—1. Fístulas urinarias de la mujer.

1.—FÍSTULAS URINARIAS.

Se ha hecho por Jobert de Lamballe una division muy importante para el pronóstico y el tratamiento de las fístulas urinarias, y es la de *uretro-vaginales*, *vésico-vaginales*, *vésico-útero-vaginales superficiales y profundas* y *vésico-uterinas*.

Bérard ha observado un caso de fístula *uretro-uterina*.

Etiología. Las fístulas pueden formarse desde la vagina ó útero á la vejiga ó uretra y vice-versa, siendo más frecuentes las primeras que las segundas.

Las causas no traumáticas de las primeras son ciertas enfermedades como las ulceraciones sifilíticas, fagedénicas y cancerosas, las inflamaciones violentas de la vagina terminadas por gangrena, etc.

A la cabeza de las causas traumáticas figuran los partos laboriosos en que la cabeza del fétus ha permanecido durante mucho tiempo en la escavacion, ó aquellos en que se han practicado bien ó mal operaciones manuales ó instrumentales. Además las producen las contusiones y las heridas de la vagina y del útero, y la aplicacion sostenida de un pesario voluminoso y duro. Pueden asimismo ocasionarlas los cálculos uterinos, cuya existencia ha sido últimamente comprobada.

Cuando la afeccion procede de la vejiga ó uretra á los órganos genitales, sus causas son ó estrecheces uretrales, ó cálculos de la uretra ó de la vejiga, ó afecciones cancerosas de estos órganos.

Tambien se han producido á consecuencia de un cateterismo mal hecho. Una retencion de orina ha determinado la fístula vésico-vaginal, así como ésta puede ser el resultado de la operacion de talla vagino-vesical.

Síntomas. La enferma exhala un olor urinoso desagradable en extremo, y va regando de orina el sitio por donde pasa, acusando además de la salida constante de dicho líquido, la cual se verifica por la vagina, irritacion considerable y áun inflamacion de los órganos genitales externos que le ocasionan dolor y escozor, considerables á veces. Estos síntomas son comunes á todas las fístulas urinarias.

Hecho el tacto vaginal, si la fístula es vésico-vaginal, el dedo índice reconoce á mayor ó menor altura de la pared anterior del conducto vúlvo-uterino una dureza más ó ménos irregularmente circular y extensa, en cuyo centro se encuentra una abertura considerable á veces y él puede dar paso al mismo dedo índice. Una sonda introducida por la uretra en la vejiga puede salir por la abertura vaginal de la fístula, ó ser tocada por el dedo ó por otra sonda introducida por la dicha abertura vaginal, y una inyeccion coloreada hecha por la sonda que está en la vejiga sale toda ó en diferente cantidad por la vagina.

Si la fístula es vésico-uterina ó vésico-útero-vaginal, puede no tocarse la dureza indicada y necesitarse del speculum y de la inyeccion vesical para cerciorarnos del punto adonde existe.

En la fístula uretro-vaginal no hay salida contínua

de orina, á no ser que se halle complicada con una parálisis del músculo constrictor de la vejiga, sino que el repetido líquido se derrama por la vagina solo cuando la enferma se pone á orinar.

Segun el sitio en que se halle la fístula vésico-vaginal, puede la salida de la orina ser más ó ménos constante. En algunas mujeres no se sale en la posicion horizontal, porque estando la rotura en el bajo fondo de la vejiga, su pared superior cae sobre él y tapa la abertura durante la posicion dicha. En aquéllas en que la perforacion vesical está por detrás de los uréteres, sucede todo lo contrario referente á la posicion.

Diagnóstico. La salida de la orina por la vagina con las circunstancias que he indicado y los datos suministrados por el tacto vaginal, el cateterismo uretral, la inyeccion vesical y el exámen especular, nos bastan para diagnosticar no solo una fístula urinaria sino la especie de que se trate. Esta exploracion será necesaria para distinguir las fístulas de la incontinencia de orina, debida á una parálisis del cuello de la vejiga, con la que podria confundirse con tanta más razon cuanto que ambos padecimientos pueden resultar á consecuencia de un parto laborioso.

Pronóstico. Es bastante grave, sin que jamás deba esperarse una curacion expontánea. Esta gravedad varia segun la antigüedad y extension de las lesiones. Las más graves son generalmente las vésico-útero-vaginales, siguenles las vésico-uterinas, luégo las vésico-vaginales, y por último, las uretro-vaginales. Las que son debidas á determinadas enfermedades (cáncer, fagedenismo) son completamente incurables.

Abandonadas las fístulas urinarias á la naturaleza, pueden hasta ocasionar la muerte, deteriorando profun-

damente la salud de la mujer y conduciéndola al marasmo.

Tratamiento. Impotente en absoluto la higiene y el tratamiento farmacológico, voy á ocuparme solo del quirúrgico.

A cinco métodos se reducen todos los procederes operatorios empleados, y son el *taponamiento y las sondas permanentes, la cauterizacion, la sutura, la autoplastia* y *la obliteracion de la vagina ó infibulacion.*

Trataré de todos ellos.

1.° *Taponamiento y sondas permanentes.* Chopart y Dessault son los profesores que más han elogiado este método, que consiste en dejar permanente en la vejiga una sonda que puede ser metálica ó de goma, sujeta convenientemente á los muslos de la mujer, y hacer el taponamiento de la vagina del modo ordinario, pero procurando que estén en contacto los labios de la fístula. Este método es muy infiel.

2.° *Cauterizacion.* Ha sido preconizada por varios cirujanos, entre ellos Leroy d'Etiolles, Dupuytren y Delpech. Se halla indicada cuando la pérdida de sustancia es corta, y por lo tanto la fístula estrecha y principalmente en los casos en que es visible su tendencia á estrecharse. Los cáusticos potenciales producen mayor destruccion de tejido que el actual, pero éste tiene la ventaja de determinar un trabajo de retraccion mucho más activo, y por lo tanto es preferible. La cauterizacion eléctrica se halla en la misma línea que la actual.

Para practicar la cauterizacion se coloca á la mujer como para la operacion de la talla, se le introduce un speculum fenestrado (yo prefiero retractores de madera de la figura de los de Gerdy, porque son poco conductores del calor), y puesta á descubierto la fístula se introduce

por ella un cauterio de distinta forma y volúmen, segun el tamaño de aquélla, haciendo en seguida algunas inyecciones con agua fría y dejando permanente en la vejiga una sonda hueca.

Rara vez, áun en los casos más sencillos, basta una cauterizacion, así es que hay que repetirla, cuando despues de caida la escara y de reparado el tejido que destruyó, se vé que el trabajo de cicatrizacion y de retraccion de la herida ha terminado. A veces, sin embargo, la superficie cauterizada se convierte en una úlcera, lo cual agrava en vez de mejorar la situacion.

La cauterizacion con los cáusticos potenciales se hace de una manera análoga.

3.° *Sutura.* Solo como un punto histórico recordaré aquí la sonda-erina de Lallemand, la erina doble vaginal de Laujier, etc., instrumentos inventados para hacer la aproximacion de los bordes de la fístula despues de haber sido avivados; pues desde que Marion Sims dió á conocer su procedimiento para la curacion de las fístulas vésico-vaginales, todos los demás han caido completamente en desuso, y la tendencia de todos los cirujanos modernos, ha sido á mejorar los detalles de una operacion que ha dado á su autor 260 curaciones completas y muchas mejorías notables en 312 casos.

Marion Sims necesita los instrumentos siguientes para practicar su operacion: 1.° un speculum de su invencion; 2.° unas tijeras largas y puntiagudas curvas por su plano para el avivamiento de los bordes; 3.° un bisturí formado por su mango y un vástago largo de hierro que sostiene una hoja recta puntiaguda y corta; 4.° un gancho-erina romo y otro agudo; 5.° una pinza porta-esponjas de mango; 6.° una pinza porta-agujas y las agujas que son semi-curvas; 7.° una pinza para coger las agujas;

8.° una aguja tubulada ordinaria para sutura metálica y otra acodada; 9.° un *fulcrum* ú horquilla pequeña ligeramente convexa para hacer deslizar los hilos, doblarlos y fijarlos; 10.° una pinza de dientes planos, delgados, y con los extremos acodados para la torsion de los hilos; 11.° una sonda de estaño hueca de doble corvadura, y 12.° unas tijeras largas y puntiagudas para cortar los hilos.

Preparado el aparato con el instrumental dicho, hilo metálico y de estambre y además hilas, esponjas, agua fria y caliente y vinagre, se procede á la operacion, que consta de dos tiempos: 1.° avivamiento de los bordes de la fístula, y 2.° sutura. La colocacion de la enferma es como para la operacion de la talla.

Primer tiempo.—Avivamiento de los bordes. El operador introduce el spéculum de Sims, de manera que su convexidad toque al tabique recto-vaginal y lo confia á un ayudante que lo mantiene en posicion. En seguida se practica una pequeña incision vertical en uno de los puntos de la fístula, interesando hasta la capa músculo-vascular, se coge uno de los labios de esta incision con una erina aguda, y tirando de él se escinde con las tijeras curvas, cuya convexidad descansa sobre la base del pliegue un pequeño colgajo de base adherente; se pasa entónces el gancho á la base de este colgajo y se continúa su diseccion á todo lo largo del borde de la fístula hasta llegar á uno de sus lados; se suspende entónces la diseccion, se coge del modo indicado y se hace lo mismo con el otro labio de la primera herida vertical, escindiendo el colgajo hasta encontrar el otro y terminando así la escision completa del borde de la fístula. En esta diseccion debe respetarse la mucosa vesical y escindir solo la de la vagina. Limpia con esponjas empapadas en agua

y vinagre la sangre que algunas veces llega hasta á dificultar algo la operacion, se procede al

Segundo tiempo.—Sutura. Se enhebran con hilo de plata varias agujas poco encorvadas y cortas, y sujetas en la pinza porta-agujas, se hunden perpendicularmente en uno de los labios de la herida á media pulgada (un centímetro), y despues de un corto trayecto, se la hace bascular sobre el fulcrum (pequeña horquilla de ramas romas sostenida en un mango) para hacerle salir á nivel de la línea que marca el límite de la mucosa vaginal. Se abandona la pinza porta-agujas y con otra se coge la aguja cerca de su punta para pasar el hilo á través de la herida, volviéndola luégo á sujetar con aquélla para atravesar el otro labio en sentido inverso. Pasado un hilo se fijan sus dos cabos en una de las aberturas que tiene una pequeña pieza de madera que se tiene con este objeto, y así jamás se confunden unos con otros por numerosos que sean. Sams enhebraba las agujas con hilo de seda doble, de manera que quedase el asa del lado opuesto á la punta y luégo sujetaba en este asa el hilo de plata para pasarlo, pero yo no veo inconveniente en enhebrarla desde luégo con el hilo metálico, ni servirse para pasar éstos de una aguja tubulada.

Pasados todos los hilos, se procede á su torsion, y para ello, se toman los dos cabos de cada uno y se los coloca unido en la horquilla del fulcrum, la que se adoza á los labios de la herida; se hace una ligera traccion á fin de unir éstos, y en seguida se cogen los dos cabos, sin sacarlos del fulcrum, con una pinza larga de extremidades acodadas, y se les dá diez ó doce vueltas, hasta que la torsion llegue á nivel de aquel instrumento. Para facilitar esta torsion, una vez cogidos los hilos con la pinza, se corta la porcion sobrante.

Repítese lo mismo con todos los hilos y la operacion está terminada.

Acto contínuo se lleva la mujer á su cama, donde debe permanecer en decúbito dorsal con los muslos doblados sobre la pélvis y las rodillas un poco elevadas y sujetas por almohadas, prescribiéndose tranquilidad absoluta é inmovilidad. Se coloca una sonda permanente en la vagina, siendo preferible una de estaño ó de aluminio hueca, de la figura de una S, la cual debe extraerse dos veces al dia para limpiarla cuidadosamente. La alimentacion será muy ligera y se darán á la mujer algunas cucharadas de una pocion morfinada para prevenir las evacuaciones alvinas.

Al octavo, décimo ó duodécimo dia se quitan las suturas, para lo cual se coloca á la enferma en decúbito lateral, se introduce un speculum de Sims pequeño, y con una tijera recta se corta uno de los lados del asa metálica, tirando del otro con una pinza larga (la misma que sirvió para la torsion), pero todavía se deja la sonda permanente cinco ó seis dias más.

El método americano, que así se ha llamado á los procederes de Sims, que es el descrito y el de Bozeman, que se diferencia poco de aquél, es utilísimo para las fístulas vésico-vaginales y uretro-vaginales, y combinándolo con el que describiré luégo de Jobert de Lamballe, presta tambien considerables servicios en las vésico-uterinas.

4.° *Autoplastia.* Entre los procederes autoplásticos merece mencionarse la *elytroplastia,* propuesta en 1834 por Jobert de Lamballe, quien despues de avivados los bordes de la fístula, sacaba un colgajo de la cara externa de uno de los labios mayores, ó de la piel de la parte interna superior de un muslo, lo torcia y lo atra-

vesaba en su centro por un hilo doble que introducia por la abertura de la fístula para hacerlo salir por la uretra, fijándolo entónces á la sonda permanente. De este modo la cara cruenta del colgajo miraba al interior de la vejiga, adonde hacia alguna hernia por la traccion que ejercia el hilo, formando así una especie de tapon, y pudiendo verificarse así la union del colgajo á los bordes de la fístula, en cuyo tiempo cortaba el pedículo de aquél. Este procedimiento produjo algun resultado favorable, pero fué ineficaz en muchos casos y ocasionó la muerte de una operada, circunstancia que obligaron á los cirujanos (incluso su autor) á abandonarlo.

En 1847, el mismo Jobert de Lamballe propuso otra nueva operacion con el nombre de *cistoplastia por deslizamiento* ó *autoplastia vésico-vaginal por locomocion.*

Voy á describir este proceder verdaderamente útil, que es al que me referia cuando hablaba de la combinacion del método americano con el francés, proceder de Jobert, para la curacion de las fístulas vésico-uterinas.

M. Jobert atrae el cuello uterino á la vulva por medio de la pinza de Musseux ó de una de su invencion, cogiéndolo en sentido opuesto al diámetro mayor de la fístula. En seguida, y confiando la pinza que sostiene el cuello á un ayudante, practica trasversalmente en el punto de insercion de la vagina en el cuello una incision semi-circular que interesa solo la mucosa de aquélla, disecándola en una extension proporcionada á la de la fístula. Refresca luégo los bordes de ésta y coloca los puntos de sutura entrecortada que sean suficientes, atravesando con las agujas todo el espesor del tabique vésico-vaginal; y si la fístula está muy profunda, introduce por la uretra una sonda especial, en cuya extremidad va

encerrada la aguja, á la cual hace pasar así desde la vejiga á la vagina, para lo que enhebra el hilo con dos agujas una á cada extremidad. Anuda entónces los hilos, aunque sin apretarlos mucho, y si se vé que queda mucha tension en la vagina, hace varias incisiones liberatrices paralelas á los lábios de la herida, y que interesan la mucosa de la vagina. Resta solo poner una sonda permanente en la vejiga, aunque cuidando de que no roze en la herida, y un tapon de agárico en la vagina para que empape la sangre que se exhala en los primeros momentos, cuyo tapon se retira ántes de las veinticuatro horas.

En 1852 propuso el mismo Jobert otro precedimiento para las fístulas vésico-útero-vaginales. En aquéllas en que el cuello no está alterado exteriormente, lo incinde en el sentido de las comisuras, prolongando las incisiones en la vagina lo bastante á que se pueda ver en el interior del cuello el orificio de la fístula. Levanta entónces el labio anterior del cuello, aviva los bordes de la fístula, á expensas del tejido uterino, y pasa luégo los puntos de sutura que se necesiten en el sentido en que sea más fácil la aproximacion de los bordes de la fístula, abandonando luégo el labio uterino levantado, el cual por su propio peso se une al otro y llega á adherirse á él.

Si el cuello uterino está destruido en parte, pero la perforacion de la vejiga no es muy grande y se halla muy cerca de la vagina, aviva el labio anterior de la fístula, quita toda la cara anterior del cuello uterino con un bisturí botonado, y une con puntos de sutura el labio anterior de la fístula á la superficie cruenta del cuello uterino, cuyo tejido es el que viene á cerrar aquélla. Cuando la vejiga se halla en circunstancias opuestas á las indicadas, el

proceder de Jobert, complicado en extremo, pues necesita dos operaciones sucesivas, no tiene generalmente éxito.

Simon es el que ha combinado el proceder de Sims con el de Jobert. Refresca como éste todo el espesor del tabique recto-vesical, haciendo luégo como aquél, un avivamiento superficial de la mucosa vaginal. Emplea hilos de seda para la sutura y hace dos de éstas en vez de una, la primera bien léjos de los labios de la herida, á la que llama sutura de *detencion*, y la segunda más próxima á éstos, que es la de *reunion*.

En las fístulas vésico-útero-vaginales superficiales ó profundas, Simon aviva el borde anterior formado por el tabique en una direccion muy oblícua de abajo arriba hácia el orificio vesical, y hace otro tanto con el labio anterior ó el posterior del cuello uterino, si aquél está destruido, haciéndolo avanzar al encuentro del borde anterior, ya avivado de la fístula. Otra modificacion de Simon consiste en reunir los hilos con un aprieta-nudos.

5.° *Obliteracion de la vagina ó infibulacion*. Ha sido hecha una sola vez por Vidal de Casis, con buen resultado inmediato, pero destruyéndose éste bien pronto. Es una operacion que debe proscribirse absolutamente, máxime en el estado de perfeccion á que ha llegado en la actualidad el tratamiento quirúrgico de las fístulas vésico-vaginales en sus distintas variedades.

Cuanto dejo dicho es aplicable á las fístulas uretro-vaginales de pronóstico benigno por punto general, y en las que al practicar la operacion de Sims no es preciso dejar una sonda permanente, bastando colocarla cada vez que la enferma vaya á orinar.

LECCION LXI.

3.° Afecciones de la lactancia. — a. Alteraciones en la cantidad de la leche. Galactorrea. Agalaxia. — b. Alteraciones en las cualidades de la leche. — c. Escoriaciones, grietas y fisuras de la areola y del pezon. — d. Infarto é inflamaciones de la mama y sus consecuencias.

Corresponde tratar en este sitio de todas aquellas afecciones de la mama que se observan durante el puerperio, así es que me limitaré al estudio; 1.° de las alteraciones en la cantidad de la leche; 2.° de las alteraciones en las cualidades de la leche; 3.° de las escoriaciones y grietas del pezon; 4.° del infarto é inflamaciones de la mama y sus consecuencias.

a.—ALTERACIONES EN LA CANTIDAD Y EN LAS CUALIDADES DE LA LECHE.

GALACTORREA.

La *galactorrea ó diabetes mamaria* es la secrecion abundante de la leche. Existen dos variedades; en la primera la leche conserva sus cualidades, pero la cantidad es excesiva, aunque no trastorne gran cosa á la mujer, y en la segunda la leche es clara, serosa, poco nutritiva, sale contínuamente y de una manera pasiva de los conductos galactóforos, produciendo el aniquilamiento de la mujer, á pesar del apetito exagerado que experimenta y de la satisfaccion de éste: engendra lo que se ha llamado la tísis de las nodrizas, de la que los primeros

síntomas son ese flujo de leche, ese enflaquecimiento y los dolores en la parte anterior y en la posterior del torax que experimentan, no tardando en subseguirle la fiebre héctica y la muerte.

Etiología. La primera variedad se encuentra en las mujeres robustas y bien constituidas; la segunda en las débiles ó debilitadas por cualquier causa. La he visto sobrevenir en una señora de mi asistencia particular, porque teniendo que destetar á un niño á quien lactaba, le aconsejaron que diese de mamar á otros dos, y como con este mayor estímulo se habia aumentado la secrecion láctea, le prescribió un médico (vergüenza causa decirlo) que le diese el pecho á cuantos otros pudiera hasta agotar la secrecion.

El *pronóstico* de la primera variedad es benigno, el de la segunda bastante grave en cuanto aparece la tísis de las nodrizas, la cual rara vez detiene su marcha.

Tratamiento. Nada prescribiremos miéntras la secrecion láctea no perjudique á la madre ó al hijo, á aquélla por su cantidad, á éste por sus cualidades, pero en cuanto ocasione trastornos á cualquiera de los dos, se aconsejará el despecho inmediato, la traslacion al campo y el uso de los tónicos. Con las píldoras de Blancard y la compresion de las mamas por medio de un corpiño, curé á la enferma á que más arriba me he referido.

AGALAXIA.

Es la considerable disminucion ó la supresion de la secrecion láctea. Puede ser primitiva ó accidental, y tanto una como otra es total ó parcial. La primitiva es la que sobreviene desde el principio, no presentándose fiebre láctea, ni siendo asiento las mamas de ningun

movimiento fluxionario. En la accidental la secrecion se establece normalmente, pero desaparece luégo ó se vuelve tan escasa, que no basta para satisfacer las necesidades del niño.

Etiologia. Varian las causas, segun que la enfermedad es primitiva ó accidental. En el primer caso la determinan la atrofia ó el desarrollo incompleto de la glándula mamaria; sus inflamaciones crónicas; la obturacion de los conductos galactóforos, y segun Trousseau una falta de energía vital debida al desarrollo incompleto de los vasos que nutren la glándula.

Una edad muy tierna ó por el contrario muy avanzada, la falta de alimentacion nutritiva, grandes fatigas, pasiones de ánimo deprimentes ó exaltantes, y determinadas afecciones de la glándula mamaria, causan la agalaxia accidental.

Síntomas. La agalaxia es muy fácil de comprobar cuando la madre es la que cria sus hijos. Pero cuando son confiados á nodrizas, ponen éstas mil medios en práctica para ocultar su falta de secrecion láctea, y entónces el enflaquecimiento progresivo del niño que está siempre inquieto, gritando y buscando con ansiedad el pecho sin saciarse jamás, porque en efecto no tiene motivos para ello, son los que nos hacen sospechar la agalaxia que confirmamos bien pronto, comprobando que la mujer no tiene apoyos y que sus mamas continúan flojas, aunque trascurran muchas horas sin haber dado de mamar.

Pronóstico. Depende de la causa productora, hallándose las probabilidades de curacion en proporcion de la mayor ó menor facilidad de retirar aquélla.

Tratamiento. La primera y principal indicacion es la causal. Despues se mantendrá la confianza de la mu-

jer en que le ha de volver su leche, se la hará abrigar los pechos, se la pondrá á mamar al niño con frecuencia, y, aunque no tengo fé alguna en ellos, se le administrarán aquellos medicamentos que han gozado de reputacion para llamar la leche, como son: el anis, el hinojo y la lenteja.

A pesar de todo, tendremos con frecuencia que apelar á otra nodriza, á la lactancia mixta ó á la artificial.

b.—ALTERACIONES EN LAS CUALIDADES DE LA LECHE.

Como dije en otro lugar, no todas las mujeres son aptas para la lactancia á causa de las cualidades de su leche, observándose muchas en que siendo ésta poco rica en materiales nutritivos, ocasionarian la ruina de su pobre hijo, si guiadas por un cariño maternal mal entendido se empeñasen en criar á sus hijos.

Otras mujeres, y son las ménos, tienen una leche muy rica y esta riqueza produce á los niños frecuentes indigestiones ó empachos, que no dejan de tener riesgos y de ocasionarle enfermedades de consideracion.

A veces persiste la leche con los caractéres de lo que se llama los calostros áun muchos dias despues de la época de la aparicion de la fiebre láctea, y en ocasiones y á causa de inflamaciones de la glándula mamaria ó del tejido conjuntivo ambiente, se incorpora el pus con la leche.

Tanto en uno como en otro caso hay que buscar al niño otro medio de alimentacion.

C.—ESCORIACIONES, GRIETAS Y FISURAS DE LA AREOLA Y DEL PEZON.

Constituyen una molestia considerable en las puérperas y pueden llegar en algun caso á determinar la fiebre puerperal por los dolores grandísimos y el trastorno nervioso que originan. (He visto muy recientemente un caso de estos.)

Hay diferentes grados de ulceracion del pezon, desde la erosion á la escoriacion y á la verdadera úlcera. Esta úlcera puede ser tambien á veces orígen de la grieta y áun de una fisura profunda, y este es el motivo por el que trato juntas estas, al parecer, diversas lesiones.

Deluze explica asi en su tésis inaugural la produccion de estas lesiones:

«Al coger el niño el pezon lo coloca en un conducto formado por su lengua y la bóveda palatina, de modo que cuando ejerce la succion todos sus esfuerzos terminan en la punta del pezon dicho, al que afluyen todos los líquidos y no descansando ésta en parte alguna se congestiona, viéndose en ella despues de la succion una pequeña estria sanguínea. En algunos casos la succion determina solo un alzamiento de la epidermis, una flictena debajo de la que existe un equimosis, y cayéndose expontáneamente ó bajo la influencia de una succion el epidermis ó rompiéndose la flictena, queda producida la escoriacion que se extiende por los lados del pezon, profundizan algo y toman el nombre de grietas ó de fisuras.»

Etiología. Son muy frecuentes estas lesiones en las mujeres que lactan por primera vez y en las que el pezon es muy poco proeminente. Hay niños que *tienen el mamar muy recio,* como dicen las madres, y apénas han

tomado el pecho dos ó tres veces se producen las grietas. Otras veces, y son las más, sobrevienen de exponer al frio el pezon áun caliente y húmedo que acaba de salir de la boca de la criatura. La falta de aseo puede tambien ser causa de esas lesiones.

Síntomas. Sea cualquiera la causa, aparecen en los primeros dias de la lactancia. Apénas toma el niño el pecho experimenta la mujer un escozor vivo ó un dolor bastante intenso que puede llegar, y yo lo he visto algunas veces, á ser causa de convulsiones y otros accidentes nerviosos. De aquí resulta que la mujer rehuye dar de mamar á su hijo y se pone en un estado de excitacion contínua, perdiendo el apetito y pudiendo sobrevenir como consecuencia de un hecho, al parecer tan insignificante, hasta una fiebre puerperal (he visto un caso). El temor de la mujer á dar el pecho á su hijo, es causa de que se estanque la leche en los conductos galactóforos, alterándose sus cualidades, y de que sobrevengan infartos lácteos y áun abscesos.

Si examinamos la areola de la mama, podremos apreciar las escoriaciones, ó las grietas ó las fisuras que pueden existir, encontrándose generalmente las primeras al rededor del pezon y las otras dos en la base del mismo ó en su centro. Las fisuras están cubiertas por una costra que arranca el niño al mamar, dando entónces alguna sangre que se mezcla con la leche.

Pronóstico. Debe hacerse con reserva en las mujeres nerviosas sumamente irritables, principalmente si se ven precisadas á continuar la lactancia, la cual, á pesar de todo, será preciso suprimir en muchos casos. Algunas mujeres pierden el pezon á consecuencia de una fisura profunda de su base y quedan por lo tanto imposibilitadas para lactar, á lo ménos con aquella mama.

Tratamiento. Es profiláctico y curativo. Para prevenir la aparicion de las escoriaciones y de las grietas se aconseja á las embarazadas, durante el último mes, que se laven á menudo la areola con agua acidulada con limon, ó la friccionen con una pomada de tanino; y si el pezon fuere pequeño ó mal conformado, deberán dejarse practicar la succion por alguna persona, y como es fácil comprender, ninguno más á propósito que su marido para cumplir este encargo. Luégo en cuanto empieza la lactancia se le impedirá que esponga el pecho al frío y se le hará lavar la areola y el pezon con una esponja fina empapada en agua tépida en cuanto haya concluido de dar de mamar, cubriéndolo inmediatamente con una pezonera que las hay de varias sustancias, aunque las más usadas son las de plomo y las de cautchout vulcanizado.

En cuanto al tratamiento curativo, debo decir que el medio más pronto y eficaz consiste en suprimir la lactancia, pero si esto no es posible ó cuando ménos ántes de llegar á este extremo, se aplicarán los medios siguientes. Antes de todo se harán las lociones y la aplicacion de la pezonera á que más arriba me he referido, y si el niño se presta á ello, no se le dará de mamar sin protejer el mamelon con una pezonera perfectamente permeable y flexible. Si el pecho se carga mucho, lo cual hace temer un infarto lácteo, se extraerá la leche con una mamadera. A las escoriaciones, grietas ó fisuras se las puede tocar con una disolucion de nitrato de plata, como quiere Trousseau, ó de sulfato de zinc ó de cobre, ó con una pomada hecha con glicerina y precipitado blanco ó borato de sosa, ó ácido tánico.

El Doctor Ameller y Romero aconsejaba lavar el mamelon con una disolucion de ácido tánico y cubrir luégo la solucion de continuidad con goma arábiga en polvo.

No es extraño que á pesar de estos medios no se obtenga resultado y sea preciso suprimir la lactancia.

d.—INFARTO É INFLAMACIONES DE LA MAMA Y SUS CONSECUENCIAS.

Durante la lactancia, el aparato secretor de la leche, incompleto anatómicamente considerado, puesto que solo consta del órgano secretor y de los conductos escretores (galactóforos), es asiento de una actividad extraordinaria. Si durante la gestacion toda la vida parecia reconcentrarse en el interior del útero y este órgano y su contenido eran el centro de un movimiento fluxionario, capaz de detener la marcha de gravísimas enfermedades y susceptible de producir considerables trastornos en el resto de la economía, desde el momento en que se desocupa de su contenido el útero, se adormece y tanto que hasta la funcion característica de la mujer, la ovulacion á la que aquel órgano concurre de una manera secundaria, se suspende en la inmensa mayoría de casos.

Parece como si personificando á la naturaleza de la mujer, su mira preferente y casi exclusiva fuera la reproduccion de la especie, y que en cuanto se habia producido el nuevo ser, ya no se ocupa de otra cosa que de asegurar su sostenimiento y acude con todas sus fuerzas, con toda su energía, á el aparato que, va á suministrar el alimento indispensable á aquel ser tan tierno.

Pero por lo mismo que hay una actividad exuberante en el aparato secretor de la leche, tiene más predisposicion á enfermar y las afecciones más importantes de él se presentan ó tienen su orígen durante la lactancia. En ésto no hacen las mamas más que obedecer á una ley general del organismo, segun la cual están más predis-

puestos á enfermar y enferman realmente con más frecuencia todos aquellos órganos, cuya funcion se ejerce con mayor actividad y de una manera más permanente.

Las afecciones del aparato mamario que se presentan durante la lactancia y que se rozan directamente con esta funcion, son: 1.° el infarto lácteo de la glándula mamaria; 2.° el infarto de los conductos galactóforos ó galactocele; 3.° las diversas especies de mamitis y sus consecuencias, como son los abscesos, las fístulas y la induracion de la glándula ó del tejido conjuntivo circun-glandular.

De todas estas afecciones pienso ocuparme en la leccion siguiente.

LECCION LXII.

Continúa el asunto anterior.—Infarto lácteo de la mama. Infarto de los conductos galactóforos. Mamitis superficial y profunda. Abscesos superficiales, medios y profundos. Fístulas lácteas. Induracion de la glándula mamaria. Induracion del tejido conjuntivo circun-glandular.

INFARTO LÁCTEO DE LA MAMA.

El infarto lácteo ó engurgitacion láctea ha sido tambien designado con el nombre *de pelo*, y en rigor no es otra cosa que una prolongacion patológica del estado fisiológico que se observa durante la *subida de la leche*. Al tratar del movimiento fluxionario que se verifica hácia la

glándula mamaria desde el fin del segundo al cuarto dia despues del parto, dije que semejante movimiento era muchas veces acompañado de una fiebre efémera con los caractéres de la fiebre inflamatoria, fiebre efémera que aunque llamada fiebre láctea por creérsela ocasionada por el establecimiento de esta secrecion, ya en otro lugar de esta misma obra se deja entrever la duda de si pudiera ser debida á la absorcion pasajera y en pequeñísima cantidad de alguna materia séptica. (1)

Ahora bien; en ocasiones ocurre que aparecen los fenómenos que caracterizan á la subida de la leche, pero en vez de ser pasajeros, la tumefaccion de las mamas subsiste más de treinta y cuatro ó cuarenta y ocho horas (que en circunstancias normales dura); hay aumento de calor, dolor en la mama, pero falta de rubefaccion en la piel, cuyas venas son muy visibles; la leche no se escapa por los conductos galactóforos y no tarda en sobrevenir un malestar general y un movimiento febril más ó ménos graduado.

Las causas de esta afeccion, cuyos síntomas quedan expresados, son la estrechez de los conductos galactóforos, su poca contractilidad, la falta de succion, principalmente si la secrecion láctea es abundante y además como determinantes la impresion del aire frio y las contusiones de las mamas.

El pronóstico de esta afeccion es benigno, pues por lo general recobra la leche su curso. Sin embargo, alguna vez subsigue la mamitis al infarto lácteo.

El tratamiento consiste en procurar el desinfarto del pecho, haciendo mamar de él á un niño ya de cierta edad ó á un perro pequeño, ó valiéndose de una mamadera.

---

(1) Véase pág. 497.

Algunas mujeres se dedican á ésto, lo cual viene tambien á probar la frecuencia de la afeccion.

Se cubren las mamas con algodon en rama caliente ó con cataplasmas emolientes á una temperatura elevada. Se aconsejan tambien fricciones con algun linimento calmante si el dolor es intenso, ó con uno estimulante, como el linimento volatil, si no hay dolor. Cuando la tumefaccion es considerable y la fluctuacion manifiesta, será preciso en ciertas ocasiones hacer una dilatacion para dar salida á la leche estancada.

Si sobreviene la mamitis se tratará como diré muy pronto.

INFARTO DE LOS CONDUCTOS GALACTÓFOROS Ó GALACTOCELE.

El galactocele es un tumor de los llamados por Wirchow *tumores por retencion* y, como este nombre indica, para que se desarrolle es preciso un obstáculo de cualquier clase que sea que impida la libre circulacion de la leche por los conductos galactóforos, pues en éstos se halla el asiento del galactocele. Este obstáculo puede depender del sólido ó del líquido. En el sólido, es decir, en los conductos, puede haber la obliteracion ó la estrechez de uno de ellos, su falta de contractilidad. En los segundos puede existir ó un aumento considerable en la cantidad de la leche, ó una alteracion en sus cualidades y espesamiento considerable de la misma. A menudo estas dos causas pueden existir combinadas, y aunque la alteracion del líquido no sea primitiva, se desarrolla constantemente en cuanto el tumor se ha producido.

Obstruido un conducto, estrechado ó falto de contractilidad, va la leche aglomerándose en él, y por consiguiente distendiéndolo por detrás del punto del obstáculo

al paso que se va reabsorviendo la parte más líquida de aquel humor y espesándose cada vez más, no tardando en sobrevenir la obstruccion, si no existia, y haciéndose cada vez más voluminoso el tumor, hasta comprenderse en él una parte considerable de la glándula mamaria. Entónces, unas veces se rompe el conducto á causa de su excesiva dilatacion, se infiltra la leche en la mama y aparecen síntomas inflamatorios que dejan frecuentemente tras de sí induraciones crónicas y otros tumores de la glándula, y otras veces no tiene lugar la rotura del conducto y alterándose cada vez más su contenido se convierte éste en un líquido butiroso, seroso ó hemorrágico. Hé aquí el orígen de los tumores quísticos caseosos ó butirosos, serosos y hemorrágicos de la mama.

La estrechez de los conductos galactóforos y la falta de succion predisponen considerablemente al galactocele que es determinado con frecuencia por supresiones de traspiracion y la viciosa cicatrizacion de ciertas escoriaciones, grietas ó fisuras.

El galactocele se reconoce en la existencia de un tumor más ó ménos redondeado, fluctuante, casi trasparente en su principio, aunque más tarde desaparece por completo dicha trasparencia y fluctuacion, situado en el pezon, cuya totalidad llega á invadir, así como cierta porcion del tejido mismo de la glándula.

El galactocele abandonado á sí mismo es orígen de accidentes inflamatorios por parte de la mama y de tumores en esta glándula, que no siempre son benignos. Afortunadamente un tratamiento racional empleado á tiempo conjura estos accidentes.

El tratamiento consiste en incindir cuanto ántes el tumor, vaciar su contenido, lavar la cavidad por medio de inyecciones con agua tibia primero y luégo con solu-

ciones astringentes ó ligeramente cáusticas. Otras veces convendrá cauterizar el fondo del tumor con la barra de nitrato de plata ó con el nitrato ácido de mercurio y rellenar la cavidad con hilas, curándola luégo con un ungüento detersivo.

Un vendaje compresivo favorecerá el éxito del tratamiento dicho.

En algunas ocasiones será preciso hacer algunas inyecciones con la tintura de yodo y en otras aplicar sustancias emolientes ó narcóticas.

MAMITIS.

Llámase así la inflamacion de la glándula mamaria que por su curso se divide en aguda y crónica y por su sitio en adenitis mamaria, inflamacion de la areola y del pezon é inflamacion del tejido adiposo circun-mamario.

Trataré, pues, de la mamitis en general, ocupándome luégo sucesivamente de cada una de las variedades en su estado agudo, y por último, en el crónico, haciendo artículo aparte de las consecuencias ó afecciones consecutivas de la mamitis.

MAMITIS EN GENERAL.

Etiología. Ataca con más frecuencia al pecho izquierdo que al derecho, y rara vez á ambos. Aparece generalmente durante el primer mes de la lactancia, y es muy rara despues del décimo : y los lóbulos inferiores están más sujetos al padecimiento que los superiores. El poco desarrollo de los pezones y la abundancia de leche predisponen á ella, máxime tratándose de primerizas.

Un infarto desatendido ó mal tratado, las grietas y las

escoriaciones del pezon, pueden ser sus causas determinantes, así como los golpes, las presiones, la supresion de la traspiracion, las emociones morales, etc. En ocasiones la inflamacion de la mama es consecutiva á la de los vasos linfáticos del mamelon.

El paso al estado crónico se observa comunmente en las mujeres de temperamento linfático y de fibra floja, así como en aquéllas que desatienden el padecimiento y se entregan á las ocupaciones ordinarias (si son corporales).

Lesiones anatómicas. He dicho que los lóbulos inferiores de la glándula mamaria son los generalmente afectados. Segun Velpeau, la inflamacion puede residir en los conductos galactóforos ó en el parénquima de la glándula, y resida en los unos ó en el otro, suelen formarse abscesos que son mayores comunmente los de éste último, y cuyos fenómenos varian segun su situacion, aunque generalmente el tejido conjuntivo circun-mamario toma parte en la afeccion y á espensa de él adquieren grandes proporciones los abscesos.

El punto de partida de la inflamacion es, ó el espesor de los conductos galactóforos, siendo más fácil entónces la resolucion, ó el tejido glandular mismo, ó los tabiques fibro-celulares interlobulares, aunque en estos últimos casos se extienda como he dicho, al tejido conjuntivo subcutáneo y sobrevengan los abscesos *en forma de boton de camisa,* que describe Velpeau. A veces el tejido glandular está ligeramente infartado y el asiento de la inflamacion y el gran foco del absceso se encuentran en el tejido conjuntivo.

En ocasiones, despues de pasar la agudeza de los síntomas, bien se determine la enfermedad con la formacion de un absceso, ó bien éste no sobrevenga, queda

una induracion más ó ménos considerable del parénquima de la mama ó del tejido conjuntivo, que si no es tratado con energía y á tiempo, puede ser orígen de tumores de diversa naturaleza y algunos nó muy benignos.

MAMITIS AGUDA.

Síntomas. Varian algun tanto, segun que la inflamacion invada solo la areola y el pezon ó el parénquima de la glándula, ó el tejido adiposo que hay entre éste y el músculo pectoral mayor.

Siempre que la glándula esté afectada, existe disminucion ó supresion de la secrecion láctea, y por este síntoma podremos distinguir su inflamacion de la del tejido adiposo profundamente situado, pues en ésta última, la secrecion láctea es normal en su principio y solo se disminuye cuando ha llegado á su máximum de intensidad ó el absceso formado comprime notablemente la glándula.

Cuando la inflamacion es solo de la areola y del pezon, entónces hay un ligero dolor que se aumenta á la presion y con la succion del niño, la tumefaccion es poco considerable y el rubor de la piel escaso, sin que sobrevengan síntomas generales, aunque siguiendo la enfermedad su curso una porcion de la areola se tumeface más que el resto, percibiéndose la fluctuacion y rompiéndose expontánea ó artificialmente el absceso tras de cuya apertura no tarda en verificarse la cicatrizacion de la herida y la curacion sin consecuencia alguna por punto general.

Cuando la glándula está inflamada aparece desde el principio un estado febril bastante pronunciado que continúa hasta la resolucion ó hasta la rotura del absceso. La mama se tumeface considerablemente, está muy do-

lorida y el dolor se corre hasta la espalda y á todo lo largo del brazo correspondiente; el tacto aumenta el dolor y hace conocer una multitud de nudosidades en la mama, la succion es imposible y la secrecion láctea está suspendida por completo ó considerablemente disminuida hasta que desaparece el estado de agudeza.

Si la inflamacion tiene su asiento en el tejido que existe detrás de la glándula, el estado febril es tan intenso ó más que en el caso anterior, pero la coloracion de la mama es normal, y continúa, aunque disminuida, la secrecion láctea. En cambio la mama está aumentada de volúmen é inmóvil contra la pared torácica, produciéndose dolores considerables si se trata de imprimirle algun movimiento. En este caso la fiebre puede llegar á ser accesional, coincidiendo esto con la tumefaccion considerable de la mama y la existencia de latidos en el tumor; pero la fluctuacion ó no se percibe ó es muy oscura, y no seria una cosa extraña que el pus formado encontrase más fácil el acceso al interior del torax que á la piel exterior y sobreviniere una perforacion de las paredes de aquél, cuya terminacion seria funesta. Tampoco tiene nada de particular que á consecuencia de la exagerada tension que llegara á sufrir la piel se esfacelase y tuviese lugar de este modo la perforacion del absceso al exterior.

Cuando la inflamacion se termina por resolucion, disminuye y luégo desaparece la fiebre, cesan los dolores, se hace menor la tumefaccion y la coloracion rojiza de la piel, y la secrecion láctea reaparece si se habia suprimido ó disminuido. Si se va á formar un absceso, incrementa la fiebre que suele tener recargos por la tarde ó la noche, la tumefaccion de la mama aumenta principalmente hácia una parte de ella, presentándose en éste la fluctuacion;

hácese el dolor pulsativo y el absceso se rompe al exterior, derramándose una cantidad mayor ó menor de un pus blanco ó cremoso, cesando ó disminuyendo considerablemente desde entónces todos los síntomas generales y locales, reapareciendo entónces la secrecion láctea aunque no llegando ésta á ser sino paulatinamente tan abundante como ántes. En algunas mujeres, sin embargo, no vuelve dicha secrecion y se ven precisadas á terminar la lactancia con solo el otro pecho no afectado.

Pronóstico. Es benigno el de la inflamacion superficial, obedece generalmente al tratamiento racional la adenitis mamaria y es causa frecuente de fístulas, de induraciones etc., la inflamacion profunda, existiendo casos en que la rotura de un absceso en el interior de la cavidad torácica, ha determinado accidentes mortales.

Cuando la enfermedad pasa al estado crónico es con frecuencia orígen de lesiones de importancia.

Tratamiento. El régimen antiflogístico directo ó indirecto, general ó local, segun el temperamento y constitucion de la enferma y la intensidad de la flegmasía, ocupa el primer lugar en el tratamiento de esta enfermedad. Las sangrías generales ó locales, los purgantes, el calomelano á dósis refractas, las fricciones con ungüento napolitano belladonado y las aplicaciones emolientes laudanizadas, se recomiendan por todos los prácticos. Cooper preconiza desde el principio de la enfermedad y despues de administrar un purgante, el uso del tártaro emético á dósis nauseabunda.

Una vez formado el absceso, se dilatará cuanto ántes, especialmente si es profundo, colocando en estos casos en la abertura un tubo de *drainage,* y haciendo inyecciones emolientes al principio, detersivas más tarde y áun ligeramente cateréticas si tiende á formarse una fístula.

Dilatado el absceso se favorecerá la cicatrizacion con la aplicacion de un vendaje ligeramente compresivo. Clintoch y Hardy hacen esta compresion con vendoletes aglutinantes.

MAMITIS CRÓNICA.

En determinados casos, principalmente cuando se trata de mujeres linfáticas y rodeadas de malas condiciones higiénicas, la inflamacion pasa al estado crónico, y este tránsito se caracteriza por la desaparicion de la fiebre, la disminucion de la tumefaccion y del dolor cuyo último síntoma suele no experimentarse sino al comprimir la mama, y la vuelta de la secrecion láctea, aunque en corta cantidad y alterada la leche en sus cualidades. El pecho, aunque no muy voluminoso ni dolorido, se encuentra duro y con desigualdades, lo que hace á veces confundirlo con un carcinoma del que se distingue por la falta de retraccion del pezon y la existencia anterior de una flegmasía aguda.

Esta mamitis crónica ó *infarto crónico* de la mama puede ser orígen de ciertas neoplasias ó mejor dicho, neotrofias, no siempre benignas. El tumor del infarto puede adquirir tambien proporciones considerables y su resultado ménos malo es impedir la lactancia.

En el tratamiento se empleará el ioduro de potasio al interior á dósis altas y sostenidas, el aceite de bacallao, los baños de mar y los sulfurosos, las fricciones resolutivas al tumor, con especialidad con la tintura alcohólica de iodo pura, y el vendaje compresivo de Recamier.

No es necesario advertir que se mejorarán en todo lo posible las condiciones higiénicas de la mujer y se le evi-

tará cuanto pueda estimularle el aparato secretor de la leche. Ciertas desgraciadas no pueden librarse de esta enfermedad porque los estímulos genitales que con frecuencia sufren, son un obstáculo poderoso á la resolucion de la flegmasía.

Absceso crónico de la mama.

En ciertos casos de flegmasía aguda de la mama, la intensidad de la afeccion desaparece y ofrece una marcada tendencia á la resolucion, pero ésto solo llega á actuarse hasta cierto punto y queda en la parte primitivamente afecta una tumefaccion no muy considerable, que al cabo de más ó ménos tiempo acrece de nuevo y de un modo lento pero constante.

Otras veces no preexiste inflamacion de ninguna especie, y un dia por casualidad se apercibe la enferma de la existencia de un tumor de cierto tamaño en una de sus mamas, pero sin cambio de color ni alteracion alguna en la piel y sin determinarle sufrimientos, tumor cuyo principio ha sido imposible reconocer.

Esta afeccion es la que se llama *absceso crónico de la mama*, y por Velpeau *absceso tuberculoso*, á causa de la naturaleza del pus que contiene, el cual es seroso y lleva frecuentemente en suspension cierta cantidad de materia grumosa muy parecida á la que se encierra en los abscesos escrufulosos.

No se conoce bien la etiología de estos abscesos, pues al paso que Cooper asegura que solo se ven en las mujeres en quienes existe un vicio general de la economía, Velpeau los ha visto en mujeres de todos temperamentos y en algunas muy robustas y que gozaban de la mejor sa-

lud. Tampoco son exclusivos del estado puerperal y áun pueden presentarse en aquéllas que nunca han tenido hijos y en las doncellas.

Estos tumores suelen adquirir un volúmen extraordinario, y áun entónces apénas se percibe en muchos de ellos la fluctuacion, sino de una manera muy confusa, lo cual depende en unos casos de que las paredes del absceso son muy gruesas, en otros en que el pus se halla en el centro de la glándula mamaria ó por detrás entre ella y el músculo pectoral mayor; así es que solo una puncion exploradora puede resolver las dificultades que presenta el diagnóstico en la inmensa mayoría de casos.

Como el tumor tampoco adopta siempre la forma redondeada sino que suele presentar abolladuras, puede confundirse con un carcinoma del que se distingue por la ausencia de dolores y la no retraccion del pezon, y sobre todo por el resultado de la puncion.

Respecto á la induracion senil de la mama, que tambien tiene caractéres que la asemejan al absceso crónico, afecta á ambas glándulas y los lóbulos indurados aparecen separados unos de otros, faltándole el infarto de los gánglios axilares que es frecuente en el absceso crónico.

Tratamiento. Siendo evidente la presencia del pus debe procederse inmediatamente á su evacuacion con el aspirador neumático de Dieulafoy, cuya evacuacion se repite las veces que sea preciso, haciendo despues de ella la compresion del tumor con el vendaje de Recamier é inyectando ántes en algunos casos una disolucion de la tintura de yodo, aunque evacuándola al cabo de breves instantes, en el bien entendido de que cuando se proyecte hacer la inyeccion no podrá usarse del aspirador sino de un trocart como el de hidrocele. Puede tambien dilatarse el absceso y colocar por su abertura un tubo de *drainage,* aplicando

luégo el vendaje compresivo de Recamier de que ántes hablé.

Si existe en la mujer un vicio general, claro es que deberán administrársele todos aquellos medicamentos capases de corregirlo ó de modificarlo.

FÍSTULAS LÁCTEAS.

Como consecuencia de las inflamaciones de la mama, queda en algunos casos un trayecto fistuloso más ó ménos largo y sinuoso que no se obtura por sí solo. Para conseguir ésto y librar á la mujer de las molestias que le ocasiona, se usan las inyecciones con la tintura de iodo, ó con la de áloes, ó la de mirra, ó con disoluciones de nitrato argéntico, de sulfato de cobre ú otro cáustico cualquiera; la introduccion de una sonda ó cala (medicamento formado con cera y cualquier sustancia astringente), la formacion de una contra-abertura, pasando un sedal por todo el trayecto, etc. etc.

A este tratamiento local se asociará el uso de los medicamentos internos que exigen el estado de la enferma, su temperamento y constitucion, las afecciones anteriores ó concomitantes, etc.

Es claro que como primer precepto en todas estas afecciones figura la interdiccion absoluta de la lactancia.

INDURACION DE LA MAMA.

En otra seccion de esta obra trataré de los tumores que pueden ser una consecuencia de las inflamaciones de la mama.

De la mamitis crónica ó infarto crónico de la mama, que es otra especie de induracion, ya me he ocupado.

LECCION LXIII.

Influencia del parto, del puerperio y de la lactancia sobre ciertas enfermedades.

Todas las enfermedades, de las mujeres, dice Areteo, dimanan del útero ó reciben de él sus modificaciones y su influencia. *Uterum etsi conceptui et partui destinetur esse tamen asylum omnium morborum; nam ab eo ferme omnes mulierum morbi promanant aut saltem labem quandam iis admiscet.*

Esto, sin embargo, no pasa de ser una variacion más sobre el mismo tema, el de la autocracia del útero, autocracia á la que en diferentes partes de esta obra me he opuesto, pues no es el útero el órgano principal de la economía de la mujer. Existe aquí como en otras muchas cuestiones un error de palabras que nada importaria si las palabras no significaran ideas y la confusion de aquéllas no implicara necesariamente la de éstas. Entre la mujer y el hombre hay diferencias capitalísimas, que como tambien ya he hecho ver, no pueden radicar todas en un órgano destinado á vivir un corto tiempo, cuando dichas diferencias preexisten y sobreviven al período de actividad de este órgano mismo, sino que corresponden al conjunto de las funciones de la generacion.

Y que estas funciones de la generacion influyen decididamente sobre el organismo femenino, es una verdad indiscutible y que á cada instante sanciona la práctica.

Ya en otro lugar (pág. 205) hemos visto las relaciones que existen entre la gestacion y diversas enferme-

dades, y al llegar á este punto en que ya hemos terminado el estudio de las funciones generadoras, preciso es hacer resaltar los efectos que sobre todo el organismo producen el parto, la gestacion y la lactancia, y la influencia de los estados patológicos de este mismo organismo sobre estas funciones secundarias que concurren con las anteriormente tratadas á constituir la gran funcion de la generacion.

Los efectos de estos actos ó funciones secundarias son inmediatos ó consecutivos y redundan, tanto unos como otros, ya sobre el estado fisiológico, ya sobre el patológico.

Inmediatamente despues del parto sobrevienen los fenómenos estudiados en la fisiología del puerperio, los cuales constituyen á la mujer en un estado especial, especialísimo, que se diferencia de todos los demás, y durante el cual el organismo entero adopta una modalidad particular en sus funciones, apareciendo algunas que ántes no existian, volviendo otra que estaba suspendida, aunque para continuar de nuevo en esta suspension en la inmensa mayoría de los casos. Preséntase la secrecion láctea, vuelve lentamente el útero á su volúmen y situacion ordinarios con los fenómenos allí descritos, iníciase la ovulacion, para desaparecer de nuevo, como para probar así la naturaleza que todas sus miras se cifran en la conservacion del nuevo ser y que á ésta sacrifica hasta una nueva reproduccion. Esta suspension de la ovulacion la saben las mujeres y diariamente las vemos continuar la lactancia, hasta años enteros *como medio*, dicen, *de no hacerse embarazadas nuevamente*.

Durante esta lactancia, las funciones digestivas de la mujer tienen una energía extraordinaria; comen más, digieren más pronto y se nutren mejor que ántes. Su ape-

tito genésico se amortigua y se desarrolla en ellas un sentimiento intensísimo y desconocido hasta entónces, al cual todo lo sacrifican, el sentimiento de la maternidad.

Al mismo tiempo vemos que ciertas enfermedades ceden ó desaparecen y entre ellas debo citar principalmente al histerismo; alguna vez (lo que parece extraño á primera vista) la clorosis, y en determinados casos ciertas neuralgias y áun la ninfomania, si se hallaba en un período poco avanzado.

La tísis, que á pesar de lo asegurado por algunos autores, detiene su marcha en el último tercio del embarazo, recobra nueva intensidad, unas veces á la aparicion de la fiebre láctea, otras poco tiempo despues, pero en muy raras ocasiones pasados los dos meses del parto.

En algunas mujeres se habia suspendido la evolucion de una sífilis terciaria durante la gestacion, y apénas verificado el parto continúa rápidamente, y los dolores osteóscopos, las osteo-periostitis gomosas y la sífilis visceral no tardan en aparecer.

El cáncer de la mama ó del útero, que quizás se habia adormecido algun tanto, camina rápidamente á su metamorfosis regresiva y no tarda en ocasionar la infeccion local primero, la infeccion general más tarde, y como expresiva de ella la formacion de tumores hijos y las metástasis viscerales.

Algunas hidropesías sin graves lesiones viscerales han disminuido y desaparecido quizás, con las grandes evacuaciones del puerperio, pero cuando habian producido ya un estado caquéctico, las pérdidas sanguíneas inherentes al parto han apresurado su fatal terminacion.

Las enfermedades agudas suelen agravarse, las epidérmicas y á la cabeza de ellas los contagios exóticos (cólera, fiebre amarilla, etc.), y áun los indígenas (viruela,

escarlatina, sarampion) se hacen con frecuencia mortales.

Las neotrofias del conducto vulvo-uterino, tanto en sus partes blandas como en las óseas, suelen adquirir un desarrollo considerable, y de muchas de ellas he tenido precision de ocuparme al hablar de los partos distóxicos especialmente.

Otros fenómenos se observan tambien en que, no por su tardia aparicion deja de ser evidente su subordinacion al parto, puerperio y lactancia.

La mujer que nunca ha parido, dice Hipócrates, está más gravemente afecta durante la menstruacion: *mulier quæ numquam peperit gravius ægrotat, citiusque profluentibus mensibus quam quæ peperit.* Hay muchas que padecen de dismenorrea nerviosa ínterin no se hacen embarazadas, desapareciendo aquella afeccion despues de un primer parto: en algunas que entre los fenómenos precursores de cada menstruacion se encontraba una mastodinia, tambien se corrige ésta á consecuencia de la lactancia: otras de temperamento linfático y constitucion débil, se vigorizan notablemente; en otras, por el contrario, hay que referir á un parto anterior el principio de una lesion orgánica de alguno de los aparatos más interesantes. ¡Cuántas veces los esfuerzos del parto han producido una hernia umbilical ó inguinal, han sido la causa de la dilatacion aneurismática de un vaso ó han determinado la rotura de un saco aneurismático!

En ocasiones, despues de un embarazo, queda una hipertrofia del cuerpo tiróides, una leucorrea vaginal, una metritis crónica con ó sin ulceraciones, y ya nos hemos ocupado de las fístulas urinarias y rectales, etc., y tambien he indicado algunas particularidades acerca de la tísis de las nodrizas.

Vemos por lo dicho la grande influencia que el parto,

el puerperio y la lactancia ejercen sobre el estado de salud habitual de la mujer y sobre sus enfermedades, ya mejorando, ya empeorando el primero, segun los casos y las circunstancias; ora haciendo desaparecer algunas de las segundas, ora modificándolas ventajosamente, ora acelerando su terminacion fatal, ora produciendo muchas otras de pronóstico no siempre halagüeño.

FIN DEL TOMO PRIMERO.

INDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TOMO.

PÁGINAS.

Prólogo. V
Dedicatoria. VI
Introduccion. VII

PARTE PRIMERA.

SECCION 1.ª

Leccion I.—Breve resúmen de la anatomía de los órganos generadores de la mujer.—Partes óseas.—Descripcion de los huesos de la pélvis. 1

DE LOS HUESOS DE LA PÉLVIS EN PARTICULAR.

A.—Inominado. 2
B.—Sacro. 6
C.—Cóccix. 8
Leccion II.—Articulaciones de los huesos de la pélvis.—Pélvis en general, sus ejes y diámetros. 9
A.—Articulaciones. 9
B.—De la pélvis en general. 11
C.—Ejes y diámetros de la pélvis. 13

PÁGINAS.

LECCION III.—Partes blandas del aparato generador de la mujer 15
A.—Ovarios. 16
B.—Útero y trompas. 17
C.—Trompas de Falopio. 21
D.—Vagina 22
E.—Dimensiones de los órganos genitales. . . . 24
LECCION IV.—Continúa el asunto anterior.—Organos genitales externos.—Organos que componen el aparato secretor de la leche. 25
A.—Órganos genitales externos. 25
B.—Dimensiones de los órganos genitales externos. . 28
C.—Mammas. 29
LECCION V.—Anomalías que presentan los órganos genitales de la mujer 31
A.—Anomalías de la pélvis. 31
B.—Vicios en la direccion de los ejes de la pélvis. . . 34
C.—Vicios de conformacion de los órganos genitales. . 35
LECCION VI.—Fisiología.—Signos que indican la aptitud de la mujer para la reproduccion de la especie.—Epoca en que sobreviene esta aptitud segun los climas.—Fenómenos que tienen lugar en el ovario : ovulacion. Hemorragia que acompaña ó subsigue al desprendimiento del óvulo . 38
LECCION VII.—Diferentes actos de que consta la reproduccion. —Formacion del gérmen.—Fecundacion : punto en que se verifica. Concepcion. 42
A.—Generacion ó formacion del gérmen 42
B.—Fecundacion. 44
C.—Concepcion. 45
LECCION VIII.—Continúa la descripcion de los actos de que consta la reproduccion en la especie humana.—Gestacion. Fenómenos que se producen en ella. 47
LECCION IX.—Continúa el asunto anterior.—Sucesion con que aparecen los signos del embarazo y manera como se agrupan en los distintos períodos de éste. Duracion media del estado de gestacion.—Caractéres de la viabilidad del fétus. 56

PÁGINAS.

LECCION X.—Del parto. Sus causas determinantes. Causa eficiente principal y causas accesorias. Períodos en que se divide el parto. Dolores, sus caractéres y division. . . 60
A.—Signos precursores del parto. 64
B.—Dilatacion del cuello uterino. 65
C.—Expulsion del fétus 66
D.—Alumbramiento. 68
LECCION XI.—Mecanismo del parto.—Presentaciones y posiciones.—Parto natural ó eutóxico y parto distóxico ó contra-natural.—Clasificaciones de Nœgele, Velpeau y Madame La Chapelle.—Manera como se verifica el parto en las presentaciones naturales de vértice y de cara. . . . 69
A.—Mecanismo del parto en la presentacion de vértice. . 72
B.—Mecanismo del parto en la presentacion de cara. . 75
LECCION XII.—Mecanismo del parto en las presentaciones de la extremidad podálica del fétus.—Consecuencias naturales del parto. Loquios. Cólicos uterinos. Secrecion láctea. 77
A.—Presentaciones y posiciones de la extremidad podálica del fétus. 77
B.—Consecuencias naturales del parto 80
1.°—Secrecion loquial. 81
2.°—Cólicos uterinos ó entuertos. 83
3.°—Subida de la leche. 83

SECCION 2.ª

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA EDAD NUBIL É INDEPENDIENTES DE LA GESTACION Y DEL PARTO.

LECCION XIII.—Necesidad de un exacto conmemorativo para el diagnóstico de las enfermedades propias de la mujer. —Exámen subjetivo 86
LECCION XIV.—Exámen objetivo.—Exploraciones necesarias para hacer un diagnóstico exacto. Palpacion abdominal. Inspeccion simple de los órganos genitales. Exploracion especular. Tactos vaginal y rectal. Cateterismos uterino y uretral. 92

PÁGINAS.

A.—Palpacion abdominal. 92
B.—Inspeccion simple. 93
C.—Exploracion especular. 95
D.—Tacto vaginal. 99
E.—Tacto rectal. 100
F.—Cateterismo uterino. 100
G.—Cateterismo uretral. 101
Leccion XV.—Medios especiales de tratamiento empleados en las enfermedades de las mujeres. Sanguijuelas y escarificaciones al cuello uterino. Ventosas secas y escarificadas. Aplicacion de sustancias sólidas. Tampones y pesarios medicamentosos. Tópicos líquidos y gaseosos. Cauterizaciones. Medicamentos aplicados en el interior de la matriz. Inyecciones y cauterizaciones intra-uterinas. Ventosa seca intra-uterina. Galvano cáustica. . . . 102
Leccion XVI.—Patología de la edad nubil.—Amenorrea. Su division en amenorrea por retencion, por supresion y simpática.—Hemorragias supletorias. 107
§ I.—Amenorrea. 107
§ II.—Hemorragias supletorias de la menstruacion. . 118
Leccion XVII.—Dismenorrea. Sus especies.—Menorragia. Diferencia entre menorragia y metrorragia. . . . 120
§ I.—Dismenorrea. 120
§ II.—Menorragia 126
Leccion XVIII.—Clórosis. Sus distintas especies. Opiniones sobre su naturaleza. 131
Leccion XIX.—Histeralgia.—Ninfomanía.—Anafrodisia. . 143
§ I.—Histeralgia. 143
§ II.—Ninfomanía 146
§ III.—Anafrodisia. 149

SECCION 3.ª

ENFERMEDADES QUE PUEDEN COMPLICAR EL ESTADO DE LA GESTACION Ó SER SU CONSECUENCIA.

Leccion XX.—Enfermedades propias de la preñez. Su division.—Enfermedades de los órganos genitales. Endometritis.—Hidro-amnios.—Hidrorrea. 152

PÁGINAS.

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA PREÑEZ.

A.—Enfermedades de los órganos genitales. . . . 153
§ I.—Endometritis. 153
§ II.—Hidro-amnios. 160
§ III.—Hidrorrea. 162
Leccion XXI.—Continúa el asunto anterior.—Prolongacion edematosa del cuello uterino.—Leucorrea.—Vegetaciones.—Edema de los labios mayores.—Prurito de la vulva.—Relajacion é inflamacion de las articulaciones de la pélvis. 164
§ IV.—Prolongacion edematosa del cuello uterino. . . 164
§ V.—Leucorrea vaginal. 166
§ VI.—Vegetaciones. 167
§ VII.—Edema de los labios mayores. 168
§ VIII.—Prurito de la vulva. 169
§ IX.—Relajacion de las sínfisis pélvicas. . . . 170
§ X.—Inflamacion de las sínfisis pélvicas. . . . 172
Leccion XXII.—Continúan las enfermedades propias de la preñez 174
B.—Desórdenes producidos por irritacion reflexa. . . 174
§ I.—Tialismo. 174
§ II.—Anorexia. 176
§ III.—Pica.—§ IV.—Vómitos. 177
§ IV.—Gastralgia. 181
§ V.—Estreñimiento. 183
§ VI.—Diarrea. 183
§ VII.—Ictericia. 184
Leccion XXIII.—Continúa el asunto anterior.—Enfermedades de los aparatos circulatorio, respiratorio, nervioso y secretorio. 186
Aparato circulatorio.—Plétora de las embarazadas . . 186
Aparato respiratorio 189
§ I.—Disnea. 189
§ II.—Tos. 189
Aparatos secretorios. 190
§ I.—Albuminuria. 190
§ II.—Uremia. 193
§ III.—Hidropesías. 193

PÁGINAS.

Leccion XXIV.—Concluyen las enfermedades propias de la preñez.—Enfermedades por irritacion refleja del aparato encefálico.—Afecciones debidas á la presion ó distension mecánica que ejerce el útero 194
Aparato encefálico. 194
§ I.—Neuralgias. 195
§ III.—Trastornos sensoriales. 197
§ IV.—Desórdenes de las facultades intelectuales. . . 200
Afecciones debidas á la presion ó distension mecánica del útero 202
§ I.—Edema de las extremidades inferiores y de los labios mayores de la vulva.—Varices y hemorroides . . . 202
§ II.—Espasmo de la uretra. 203
§ III—Disuria y estranguria. 204
§ IV.—Incontinencia y retencion de orina. . . . 204
Leccion XXV.—Enfermedades que pueden complicar la gestacion.—Influencia de ésta sobre las enfermedades generales ó especiales de la mujer. 205
Leccion XXVI.—Aborto. Su division en ovular, embrionario, fetal y parto prematuro. Abortos expontáneo, accidental y provocado. Indicaciones que se presentan en el aborto 209
Leccion XXVII.—Embarazo extra-uterino. Su division. Indicaciones que presenta. 215
Leccion XXVIII—Partos distóxicos. Division de la distoxia en accidental y esencial y ambas en dependientes de la madre ó del fétus. Distoxia accidental dependiente de la madre.—1.° Hemorragia. Su division.—2.° Eclampsia. Consiste en una intoxicacion urémica. 222
A.—Distoxia accidental por parte de la madre. . . 223
§ I.—Hemorragia. 224
§ II.—Eclampsia. 225
Leccion XXIX.—Continúa la distoxia accidental.—3.° Roturas de la matriz.—4.° Roturas de la vagina. 235
§ III.—Roturas de la matriz. 235
§ IV.—Roturas de la vagina. 241
Leccion XXX.—Termina la distoxia accidental.—5.° Inercia

PÁGINAS.

uterino.—6.° y 7.° Contracturas y rigidez del cuello uterino.—8.° Irregularidad de las contracciones.—9.° Enfermedades diversas. 243
§ V.—Inercia uterina. 243
§ VI.—Contractura del cuello uterino. 245
§ VII.—Rigidez del cuello uterino 247
§ VIII.—Contracciones irregulares del útero. . . . 248
§ IX.—Enfermedades diversas. 249
Leccion XXXI.—B.—Distoxia accidental dependiente del fétus.—1.° Muerte del fétus.—2.° Rotura prematura de la bolsa de las aguas.—3.° Longitud excesiva del cordon umbilical.—4.° Brevedad del mismo.—5.° Compresion que sufre á veces.—6.° Rotura.—7.° Desprendimiento total ó parcial de la placenta. 252
§ I.—Muerte del fétus. 252
§ II.—Rotura prematura de la bolsa de las aguas. . . 254
§ III.—Longitud excesiva del cordon. 255
§ IV.—Brevedad del cordon umbilical. 259
§ V.—Compresion del cordon. 261
§ VI.—Rotura del cordon umbilical. 261
§ VII.—Desprendimiento total ó parcial de la placenta. . 262
Leccion XXXII.—C.—Distoxia esencial dependiente de la madre.—§ 1.° Lesiones en las partes blandas que constituyen el conducto que debe recorrer el fétus para salir al exterior. 267
C.—Distoxia esencial dependiente de la madre. . . 267
§ I.—Lesiones en las partes blandas del conducto que ha de recorrer el fétus para salir al exterior y que constituyen el parto distóxico esencialmente. 268
Leccion XXXIII.—Continúa el asunto anterior.—§ 2.° Lesiones de las partes blandas vecinas al conducto que ha de recorrer el fétus para su salida.—§ 3.° Lesiones de la pélvis. Proporcion que debe existir entre los diámetros de la pélvis y los de la cabeza del fétus. Pelvimetría. . . 279
§ II.—Lesiones de las partes blandas vecinas al conducto que debe recorrer el fétus. 279
§ III.—Lesiones de la pélvis. 281

PÁGINAS.

Leccion XXXIV.—Continúa el § 3.°—a. Excesiva amplitud de la pélvis.—b. Estrechez total, estrecheces parciales y deformidades de la pélvis ó sea vicios de conformacion.—c. Tumores de la pélvis. 291
a.—Excesiva amplitud de la pélvis. 291
b.—Estrecheces y deformidades de la pélvis . . . 292
c.—Tumores de la pélvis. 298
Leccion XXXV.—Continúa el asunto anterior.—Operaciones cruentas que se practican sobre la madre con objeto de dar salida al fétus en los casos de estrecheces de la pélvis.—Sinfisiotomía.—Doble pubiotomía.—Operacion Cesárea 299
Sinfisiotomía y pubiotomía 302
Operacion Cesárea. 305
Leccion XXXVI.—Continúa el asúnto anterior.—Operaciones cruentas que se practican sobre el fétus en los casos de distoxia esencial.—Craneotomía.—Cefalotricia.—Embriotomía 310
Destroncamiento 310
Craneotomía 312
Cefalotricia 315
Embriotomía. 319
Leccion XXXVII.—Distoxia esencial por parte del fétus.—§. 1.° Parto de gemelos.—a. Gemelos separados.—b. Gemelos adheridos.—§. 2.° Vicios de conformacion de un fétus único.—§ 3.° Insercion viciosa de la placenta . . 321
§ I.—Parto de gemelos 321
a.—Parto de gemelos aislados. 321
b.—Fétus gemelos adheridos 325
§ II.—Vicios de conformacion de un fétus único. . . 329
§ III.—Insercion viciosa de la placenta en el cuello uterino. 330
Leccion XXXVIII.—Continúa el asunto anterior.—§ 4.° Vicios de conformacion, enfermedades y muerte del fétus.—§ 5.° Presentaciones de tronco. Indicaciones que ofrecen . 333
§ IV.—Vicios de conformacion, enfermedades y muerte del fétus. 333
§ V.—Mala presentacion del fétus 338

PÁGINAS.

Leccion XXXIX.—Continúa el asunto anterior.—Versiones cefálica y podálica. Reglas para practicarlas . . . 341
Version cefálica. 342
Version podálica 344
Leccion XL.—Continúa el asunto anterior.—Version podálica. Reglas especiales para las diversas presentaciones. Dificultades que pueden presentarse 349
Leccion XLI.—Continúa el asunto anterior.—§ 6.° Posiciones desviadas. Indicaciones que presentan.—§ 7.° Presentaciones complicadas.—Operaciones tocológicas instrumentales no cruentas.—Forceps. Sus indicaciones y puntos á que debe aplicarse. 353
§ VI.—Posiciones desviadas 353
§ VII.—Presentaciones complicadas. 357
Operaciones tocológicas instrumentales no cruentas. . 358
Del forceps 359
Leccion XLII.—Continúa el asunto anterior.—Reglas generales para la aplicacion del forceps.—Reglas particulares. —Retroceps.—Palanca.—Gancho romo 365
Reglas generales para la aplicacion del forceps. . . 365
Reglas particulares segun las diferentes posiciones . . 371
Retroceps. 375
Palanca. 376
Gancho romo. 378
Leccion XLII (dup).—Cuidados que deben darse á la mujer durante el parto 380
Leccion XLIII.—Alumbramiento. Su division en eutóxico y distóxico.—Alumbramiento distóxico esencialmente. Adherencias y anomalías de la placenta. Debilidad del cordon umbilical. — Alumbramiento distóxico accidentalmente. Inercia de la matriz. Contracciones irregulares. Inversion. Rotura del útero ó de la vagina. Rotura del cordon. Eclampsia 392
Alumbramiento distóxico esencialmente 395
Alumbramiento distóxico accidentalmente. . . . 399
Leccion XLIV.—Primeros cuidados que necesita el recien nacido, tanto en estado de salud como en el de muerte apa-

PÁGINAS.

rente, debilidad excesiva ó enfermedad.—Envoltura del recien nacido.—Cuidados que exige la recien parida. . 408
Leccion XLV.—Del uso de los anestésicos en el parto.—Indicaciones del cornezuelo de centeno 419
Uso de los anestésicos en el parto 419
Uso é indicaciones del cornezuelo de centeno en la práctica de los partos. 425
Leccion XLVI.—Tratamiento de una embarazada en la que desde los primeros meses se ha comprobado una estrechez considerable de la pélvis.—Método debilitante de Moreau.—Aborto quirúrgico. Su division en aborto propiamente dicho y parto prematuro artificial.—¿Es lícito el aborto quirúrgico? Sus indicaciones 428
Régimen debilitante de Moreau 428
Aborto quirúrgico. 430
A.—Parto prematuro artificial. 430
B.—Aborto quirúrgico propiamente dicho. 435
Leccion XLVII.—De la lactancia.—Lactancia natural. Lactancia materna. Condiciones de una buena nodriza.—Lactancia artificial.—Epoca del destete 437
Leccion XLVIII.—Enfermedades del puerperio.—A. Enfermedades que son consecuencia inmediata del parto.—1.° Edema de la vulva.—2.° Trombus de la misma.—3.° Trastornos en la excrecion de la orina.—4.° Desgarraduras de la vulva, vagina y útero.—5.° Entorsis del cóccix.—6.° Relajacion de las sínfisis de la pélvis 444
A.—Enfermedades puerperales que son consecuencia inmediata del parto 445
1.°—Edema de la vulva. 445
2.°—Trombus de la vulva. 446
3.°—Trastornos de la excrecion urinaria. 449
4.°—Desgarraduras de la vulva, vagina y útero. . . 450
5.°—Entorsis del cóccix. 452
6.°—Relajacion de las sínfisis pélvicas. 454
Leccion XLIX.—Continúa el asunto anterior.—7.° Dislocaciones del útero. Sus diferentes especies.—a. Prolapsus. Sus grados y tratamiento 455

PÁGINAS.

7.°—Dislocaciones del útero 455
a.—Prolapsus del útero 457
Leccion L.—Continúa el asunto anterior.—b. Versiones de la matriz.—c. Flexiones. 465
b.—Versiones de la matriz. 465
c.—Flexiones. 468
Leccion LI.—Continúa el asunto anterior.—d. Inversiones. —e. Hérnias de la matriz.—8.° Fístulas de las partes genitales y perforacion del periné. 472
d.—Inversiones de la matriz. 472
e.—Hérnias de la matriz. 478
8.°—Fístulas de las partes genitales y perforacion del periné. 481
Leccion LII.—B.—Enfermedades puerperales propiamente dichas.—1.° Fenómenos del puerperio.—a. Escalofríos.—b. Accidentes nerviosos.—c. Retencion de orina.—d. Involucion del útero.—2.° Patología del puerperio.—a. Muerte repentina.—b. Hemorragia. 482
1.°—Fenómenos del puerperio. 482
Patología del puerperio.—a. Muerte repentina. . . 486
b.—Hemorragia puerperal. 487
Leccion LIII.—Continúa la patología del puerperio.—c. Fiebre puerperal. Resúmen de varias observaciones. Discusion sobre la naturaleza de dicha enfermedad. . . . 489
c.—Fiebre puerperal. 489
Leccion LIV.—Continúa el asunto anterior.—Lesiones anatómicas y causas de la fiebre puerperal. 500
Leccion LV.—Continúa el asunto anterior.—Sintomatología de la fiebre puerperal en sus diversas formas . . . 507
Leccion LVI.—Continúa el asunto anterior.—Causas de la muerte en la fiebre puerperal. Convalecencia. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento. 515
Leccion LVII.—Continúa la patología del puerperio.—d. Tétanos puerperal.—e. Ovaritis puerperal.—f. Metritis y metro-peritonitis.—g. Abscesos de la fosa ilíaca.—h. Vaginitis y vulvitis 525
d.—Tétanos puerperal. 525

PÁGINAS.

e.—Ovaritis 526
f.—Metro-peritonitis puerperal. 526
g.—Flemon de la fosa ilíaca 532
h.—Vaginitis y vulvitis puerperales. 534
Leccion LVIII.—Continúa la patología del puerperio.—i. Roturas del periné. 537
i.—Roturas del periné 537
Leccion LIX.—Continúa la patología del puerperio.—j. Fístulas recto-vaginales.—k. Fístulas entero-vaginales. . 547
j.—Fístulas recto-vaginales 547
k.—Fístulas entero-vaginales. 550
Leccion LX.—Continúa el asunto anterior.—l. Fístulas urinarias de la mujer. 551
l.—Fístulas urinarias. 551
Leccion LXI.—C.—Afecciones de la lactancia.—a. Alteraciones en la cantidad de la leche. Galactorrea. Agalaxia.—b. Alteraciones en las cualidades de la leche.—c. Escoriaciones, grietas y fisuras de la areola y del pezon.—d. Infarto é inflamaciones de la mama y sus consecuencias. . 562
a.—Alteraciones en la cantidad y en las cualidades de la leche. Galactorrea. 562
Agalaxia. 563
b.—Alteraciones en las cualidades de la leche. . . 565
c.—Escoriaciones, grietas y fisuras de la areola y del pezon. 566
d.—Infarto é inflamaciones de la mama y sus consecuencias 569
Leccion LXII.—Continúa el asunto anterior.—Infarto lácteo de la mama. Infarto de los conductos galoctóforos.—Mamitis superficial y profunda.—Abscesos superficiales, medios y profundos. Fístulas lácteas. Induracion de la glándula mamaria. Induracion del tejido conjuntivo circunglandular. 570
Infarto lácteo de la mama. 570
Infarto de los conductos galactóforos ó galactocele . . 572
Mamitis. 574
Mamitis en general. 574

PÁGINAS.

Mamitis aguda. 576
Mamitis crónica 579
Absceso crónico de la mama 580
Fístulas lácteas 582
Induracion de la mama 582
LECCION LXIII.—Influencia del parto, del puerperio y de la lactancia sobre ciertas enfermedades 583

FIN DEL ÍNDICE DEL TOMO PRIMERO.