

cional, bajo el punto de vista fisiológico, que la division en dos regiones anterior y posterior, puesto que las diferencias y los resultados del trabajo dependen del sitio que ocupe atras ó adelante la parte relativa de la presentacion, hasta el punto de depender de esto la normalidad del parto, mientras que la situacion derecha ó izquierda del punto de referencia, no induce mas que á ligerísimas diferencias en una parte del mecanismo. Despues de esto, entra la division de las posiciones, admitiendo unos autores 6, otros 8, segun los diferentes puntos de la circunferencia del estrecho superior, de modo que en rigor podian multiplicarse al infinito; pero este sistema de minuciosas divisiones está ya juzgado por aquella frase de Velpeau: «es posible establecer un número casi infinito de posiciones, mas la cuestion práctica no es de saber cuantas pueden admitirse, sino cuantas deben adoptarse, cuales conviene conocer y estudiar.» Aun hay mas: algunas posiciones son escepcionales, preséntanse una que otra vez casi como irregularidades; ¿convendrá acaso confundir bajo una misma apreciacion lo normal y lo accidental, lo regular y lo patológico? Partiendo de estas consideraciones, han intentado todos los autores modernos simplificar las posiciones. Por de pronto se conviene casi generalmente en referirlas á los diámetros del estrecho superior, aceptando como puntos relativos los extremos de estos. Mas aun en esto mismo ha sido necesario eliminar términos. Ya Lachapelle dejó de admitir como normales las posiciones directas antero-posteriores, por no verlas comprobadas en la clínica, y realmente se comprende la imposibilidad de que siendo normales todas las condiciones, vengan á coincidir con el diámetro antero-posterior, los diámetros mayores del cráneo. Mas adelante se ha visto que tan raras como aquellas eran las posiciones francamente transversales, y que suponian al presentarse una conformacion viciosa de la pelvis, de aqui la reduccion mayor del número de posiciones normales. En efecto: todos los autores alemanes, y en Francia Maigrier, Capuron, Dugés y Stoltz han reducido á cuatro las posiciones cardinales, estableciendo como principio que los grandes diámetros de las presentaciones coinciden constantemente con uno de los diámetros oblicuos. Si á esto añadimos la opinion individual de Nøgele, quien cree que es solo el diámetro oblicuo izquierdo el que siguen los diámetros fetales, tendremos resumida la historia de las posiciones, llegada á su maximum de simplicidad.

Sin llegar á este extremo, puesto que alguna vez lo veríamos contestado por la práctica, admitimos la opinion de Stoltz relativamente á las

posiciones que se refieren á las presentaciones de vértice, de cara y de pelvis, es decir cuatro para cada una. En cuanto á las del tronco parece fundada la opinion de Joulin que solo admite dos posiciones transversales, ya porque el eje del tronco coincidirá mas fácilmente con el diámetro trasverso que con los oblicuos, ya porque aun que suceda esto último, la posicion aparente, y de consiguiente diagnosticable, es la trasversa, mientras que por otra parte los procedimientos de intervencion, necesarios casi siempre en estas presentaciones, no cambian por la mayor ó menor oblicuidad que pudiese afectar la posicion.

Ha sido práctica general y laudable, substituir la denominacion de las posiciones por un número de órden, apellidándolas, primera, segunda, tercera y cuarta. Esta clasificacion ordinal se ha hecho sobre la base de su frecuencia relativa, y aun que esto solo puede saberse por las estadísticas, y estas tienen toda la precision que va unida á las cuestiones de números, sin embargo la opinion de los autores no ha sido unánime. Prescindiendo aun de que en un principio no se siguió mas regla que el capricho para la fijacion de los números (Solayrés, Baudelocque,) cuando despues se ha tratado de dar á este trabajo un carácter mas evidente de exactitud, se ha visto que discrepaban las estadísticas. Sin embargo, no ha habido divergencia respecto á las dos primeras, que se refieren al diámetro oblicuo izquierdo, la primera adelante, lo hay ya respecto á las 3.^a y 4.^a queriendo unos autores que sea tercera la derecha anterior (Dubois, Joulin) y otros que sea esta la última, y tercera la izquierda posterior (Nøgele, Stoltz). Los datos para decidirse son insuficientes, pues la estadística de Dubois, que es la que ha servido para este objeto en Francia, se halla en contradiccion con la de Nøgele; como este no estudia mas que dos posiciones, no se esfuerza en probar la mayor frecuencia de la izquierda posterior, que resulta de la estadística, considerando la derecha anterior no como posición primitiva, sino como reduccion consecutiva de la derecha posterior, que, siendo muy frecuente pasa fácilmente por el mismo mecanismo del trabajo á derecha anterior. Stoltz toma tambien como á 3.^a la izquierda posterior, siguiendo las ideas de Nøgele. Esta gradacion es menos manifiesta para las presentaciones de cara y menos aun para las de la pelvis, por lo cual parece poco importante decidir en absoluto la cuestion. En la precision, sin embargo, de aceptar uno ú otro nos inclinamos á la de Joulin, admitiendo como 3.^a la derecha anterior para todas las presentaciones, lo cual basado ya en una estadística notable como la de Dubois, es por otra parte suficientemente metódico. En

cuanto á las posiciones del tronco, no se puede rechazar la clasificacion de Lachapelle, que acepta como primera para ambos hombros la cabeza á izquierda, sin embargo de ser para el hombro derecho mas frecuente la segunda posicion que la primera, la cual sin embargo es de poca importancia, ante la mayor facilidad que proporciona al método.

Tal es el criterio que aceptamos en punto á clasificaciones. Comparense los cuadros formados desde Baudelocque hasta nuestros dias, y se verá que la ciencia ha caminado siempre hácia la simplificacion, á la que se ha aproximado á medida que apartándose de la arbitrariedad que clasificaba *á priori*, ha se ceñido á lo estrictamente clínico, clasificand *á posteriori*, ó como consecuencia de un estudio detenido de los hechos observados, generalizado y robustecido con la formacion de estadísticas perfectas y completas. (Mad. Lachapelle.—Mad. Boivin.—Velpeau. Dubois.—etc.) Ya se considere como cuestion de método¹, ya como cuestion esencialmente práctica y de dignóstico tocológico, no podrá menos de aceptarse que la sencillez que no perjudica á la precision y la generalizacion que no ofusca los detalles, son la mejor base de estudio para una materia tan complexa como la que nos ocupa.

24. Asi estudiadas las presentaciones y posiciones, se pasa fácilmente al análisis del mecanismo del parto. Y aquí encontramos otra ventaja de haber generalizado lo posible los caracteres de las posiciones, pues podemos agrupar los fenómenos que caracterizan el trabájo, y presentar un cuadro sinóptico tal que comprendida la evolucion del feto en una de las posiciones cardinales, se llega naturalmente al conocimiento de las demás. Admitimos para el mecanismo de todas las posiciones de la estremidad cefálica, seis tiempos, añadiendo á los cinco que generalmente admiten los autores, el sexto caracterizado por la expulsion del tronco; y para las presentaciones de nalgas, admitimos tambien los seis tiempos, siendo el sexto la espulsion de la cabeza. No entraremos aquí en los detalles del mecanismo de cada posicion, pues es descripcion gráfica que corresponde á la esposicion puramente didáctica; diremos sin embargo, como idea general, que participamos de la opinion emitida por Pajot y admitida por Tarnier, de que es posible reducir á una sola fórmula cada tiempo de las diferentes presentaciones, de modo que en realidad existe *un solo mecanismo* para todos los partos naturales y espontáneos. Sin embargo, debemos guardarnos de dar á esta idea un valor demasiado absoluto, porque es indudable que existen en cada presentacion fenómenos particulares que la caracterizan; esto no puede desconocerse, ni olvidarse en la expo-

sicion detallada de cada caso, constituyendo el conjunto una individualidad completamente distinta. Pero esto no invalida la ley general, y subsiste el hecho de que la uniformidad es la base del mecanismo del parto, y que los movimientos pasivos del feto en este, se realizan siempre segun leyes dinámicas permanentes é inmutables, lo cual dá la razon lógica del hecho clínico. Las diferencias, pues, no nacen de mutacion de la ley causal, sino de los accidentes de cada presentacion en particular.

25. Respecto á las presentaciones del tronco, cabe alguna distincion. En estas la regla no es la terminacion espontánea. Una presentacion de hombro, en cualquiera de sus posiciones, subsistente al empezar el trabajo, en un feto de término, exige como regla general la intervencion; es, pues, caso patológico. Pero existen escepciones que dan por resultado la terminacion espontánea; esas se reducen á dos: 1.^a la version espontánea, por la que, gracias á los esfuerzos naturales de la contracción uterina, se convierte la presentacion de tronco en otra de vértice ó de nalgas; 2.^a la evolucion espontánea, por la que es espelido el feto sin cambiar la presentacion, gracias á un movimiento extensísimo de torsion y de espiral. Esto indica ya una de dos circunstancias: ó una escesiva desproporcion entre el volúmen del feto (exíguo) y la capacidad de la pelvis (grande), ó la muerte y reblandecimiento prévio del feto que le permite unos movimientos incompatibles con su integridad fisiológica. Para estos casos, puede el mecanismo reducirse tambien á 6 tiempos, asimilables, salvos los detalles característicos, á los que sirven de tipo para las demás presentaciones.

Del estudio detallado del mecanismo del parto, se desprenden una série de principios que constituyen la base práctica del diagnóstico y pronóstico tocológicos, y que convenientemente formulados son por sí solos objeto de una interesante leccion clínica.

26. El parto se completa con la expulsion de los elementos del huevo que han subsistido como medios de proteccion y de nutricion del feto: las membranas y la placenta. Esta expulsion es lo que convienen en llamar los tocólogos *alumbramiento*. Su estudio, de importancia real por ser origen de difíciles y trascendentales problemas en el campo patológico, abarca los fenómenos que se realizan en la matriz desde que empiezan á romperse sus relaciones anatómicas con aquellos órganos, hasta que vuelve á su estado normal por la contraccion rápida y completa de sus elementos musculares.

27. La gestacion de gemelos es un estado fisiológico; por esto cumple

estudiarle en este punto, pues aun cuando no llena las condiciones que fijamos para la gestacion normal, la cual dijimos que en absoluto debia ser simple, lo cierto es que no constituye tampoco un estado patológico. La causa que preside á ella existe muchas veces en el desarrollo mismo de las vesículas, sin que se aparte esta de su normalidad en otra cosa que en ser dos de ellas las que evolucionan simultáneamente y son por lo mismo simultáneamente fecundadas. El hecho no es comun, es lo menos frecuente, pero como está dentro las leyes de la mas severa fisiología, no puede considerársele ni como una monstruosidad, ni como un caso patológico. Es verdad que en ocasiones puede derivar de anomalías anatómicas, y hasta de una perversion ó aberracion funcional; pero aparte lo difícil que es conocer *á priori* esta causa y distinguirla de las simplemente fisiológicas, esa distincion causal ó etiológica no fuera suficiente para especificar como caso patológico la preñez gemela.

La mayoría de gestaciones de esta clase que se vén, corresponden á preñeces dobles ó de gemelos; pueden, sin embargo, verse triples y cuádruples; mas allá de este número-entra en la posibilidad que existan pero se citan pocos hechos que merezcan entera confianza. Su etiología entra dentro las mismas circunstancias que la doble.

En la fisiología de estas gestaciones escepcionales hay que estudiar, como hecho culminante, la disposicion de las membranas, de las placentas y la actitud de los fetos hermanos: lo demás no se separa de las condiciones generales bajo que hemos visto realizarse todas las funciones de la vida fetal.—Tambien suele ser siempre fisiológico el mecanismo del parto ó mejor de los partos sucesivos que terminan una gestacion múltiple. Puede, sin embargo, ser la multiplicidad por sí sola una causa de distocia, en razon á la disposicion mútua de los gemelos, al paso que pueden tambien hacer distócico un parto múltiple las diversas causas que en otra parte veremos son el origen de esos fenómenos anormales en los partos simples.

F.—PUERPERIO.

LECCION 28.—Fenómenos propios del puerperio. Fenómenos nerviosos: de la circulación: de la respiración: de las secreciones normales.—Fenómenos anatómicos. Modificaciones del volumen del útero; calambres uterinos. Cambios histológicos de los elementos muscular y mucosos.—Loquios.—Fiebre láctea.

28. Los hechos que se realizan en el organismo materno después del parto, cuando este ha sido normal, y el puerperio se presenta sin accidentes ni complicaciones, son puramente fenómenos fisiológicos debidos al movimiento de retorno al estado normal, de todos los tejidos y órganos que han contribuido á las importantes funciones de generación. En medio de estos, sin embargo, se dejan ver algunos que parecen apartarse de las severas leyes fisiológicas, sin por esto llegar á tomar un carácter patológico decidido: son efectos de la acción refleja de la matriz sobre otros aparatos, y en particular sobre el sistema nervioso, cuya gran susceptibilidad, así como le hizo resentirse de los cambios sobrevenidos por la concepción, le hace sensible también ahora á las modificaciones que el retorno á su estado normal imprime al aparato generador.

Para los efectos fisiológicos y para las aplicaciones clínicas, consideramos como puerperio el período que corre desde el alumbramiento hasta la supresión de los loquios: en las mujeres que no lactan, puede considerarse su límite en la reaparición de las reglas; en las que lactan no sería natural prolongarlo á todo este espacio, mayormente constituyendo ya la lactancia por sí sola un estado notable en la mujer, digno de consideración y estudio por varios conceptos.

Entre los fenómenos que caracterizan normalmente el puerperio, nos llamarán particularmente la atención los relativos á la inervación y á la circulación como funciones principales que indican palpablemente la normalidad de la situación, pero con preferencia deberémos ocuparnos del estudio anatómico de los órganos que han ejercido el principal papel en la gestación. En efecto se realizan en la matriz cambios notables, tanto respecto á sus elementos musculares, como á la membrana mucosa, y en ellos veremos explicada la razón de ser de algunos fenómenos puerperales. Las secreciones especiales que sobrevienen, forman también un objeto especialísimo de estudio; así en los loquios deberémos ver su na-

turaleza y constitucion molecular, su origen y el papel que representan en la marcha regresiva de los órganos sexuales; y en la secrecion láctea, el principio de una nueva funcion, que en su fondo no es mas que la continuacion de la actividad especial del aparato generador, pero trasladada á distinto asiento.

Aunque considerado simplemente como estado fisiológico, y sin entrar en la série de cuestiones que derivan del mismo, sobre todo cuando los accidentes ó los trastornos funcionales hacen de él un período altamente crítico para la integridad de la mujer, es el puerperio una de las partes en que mas debe fijar su atencion el médico que quiera tener un guia seguro en la clinica ya respecto al diagnóstico ya al pronóstico y tratamiento de esos estados especiales, verdaderos intermedios entre la salud y la enfermedad que exigen cuando menos la atencion prudente, ya que no la intervencion activa, para evitar graves desórdenes, y son la base de la higiene puerperal; capítulo importante de la obstetricia práctica, puesto que, si no levanta discusiones profundas, en cambio interesa directamente á dos séres cuyo estado de salud depende casi siempre de la oportunidad de los cuidados que se les presten.

3.^a SECCION.—HIGIENE.

LECCION 29.—Cuidados debidos á la madre durante el embarazo.—Cuidados durante el trabajo del parto. Preliminares.—Período de dilatacion; período de expulsion.—Uso del cloroformo; indicaciones y modo de su administracion.—Cuidados durante el puerperio.

LECCION 30.—Cuidados debidos á la criatura durante el parto.—Id. despues del alumbramiento al recién-nacido sano.—Cuidados que le son debidos en el estado de muerte aparente, y en el de debilidad congénita.—Hemorragias umbilicales tardías. Disminucion de peso.

La seccion de nuestro programa que trata de la higiene, debe versar sobre dos objetos de estudio distintos, la madre y el hijo; siguiendo en esto la regla de los demás capítulos en que hemos visto siempre al lado de lo que se refiere á la mujer, lo que atañe al producto de la concepcion en las diversas épocas de su existencia. Esta parte es esencialmente práctica, y el estudio á que dá lugar, mas bien clínico que teórico, pues exceptuando una cuestion casi incidental que vá involucrada con la higiene del

parto, en lo demás es tan trillado el camino que debe seguirse, que no vemos en él de ningún modo suscitarse las cuestiones muchas veces difíciles de resolver que hemos visto en la sección anterior, y que encontraremos aun en las que deben seguir.

29. Desde luego, la verdadera higiene de la gestación se funda por regla general en una completa inacción ó expectación, y entiéndase que solo tratamos de los casos completamente fisiológicos, en los que debemos aconsejar ante todo la continuación de los hábitos y costumbres normales de la mujer. Existen, sin embargo, en la casi totalidad, síntomas que parecen morbosos, que cuando menos ocasionan molestias, aun cuando sean simples manifestaciones de un estado fisiológico, y debemos atenderlos de una manera eficaz: este cuidado constituye la parte realmente activa de la higiene, y aquí pudiera en verdad cruzar ante nuestros ojos la duda acerca de la índole especial característica del estado de gestación. ¿Se trata de un estado plétórico, ó de un estado funcional de naturaleza opuesta? En este sentido se formulan las dificultades, y la resolución que se las dé implica diferente modo de obrar. Afortunadamente la cuestión la hemos ya resuelto al estudiar la fisiología puerperal, y conforme á esta obraremos, con lo cual dicho se está que debe descartarse de esta parte todo lo que sea rutinario: si admitimos doctrinas experimentales, no podemos admitir tesis empíricas, y la multitud de tratamientos que en algunos autores vemos no fundados en la razón fisiológica, sino en un ciego empirismo, no figurarán en estas lecciones, en último caso mas que por su valor histórico.

Al tratar del parto, en el cual, aunque sea completamente normal, es ya mas activa la intervención facultativa, suscitarse otra cuestión, y es la de la oportunidad de acudir á los anestésicos, como medio de aminorar las molestias de este trabajo. Y en realidad ese es el lugar oportuno de abordar una cuestión debatida en todos los terrenos, hasta en el de la moral. Acerca este punto no poseemos un criterio absoluto; creemos la conducta del médico sujeta á circunstancias de momento, que debe saber apreciar, y deducir de ellas la resolución definitiva. Entiéndase sin embargo, que en tesis general no juzgamos opuesto á la mas rígida moral médica el uso de los anestésicos, y que si se generalizase este en la práctica, desaparecerían indudablemente muchas repugnancias, hoy día justificables.—Dado este precedente debe saberse el modo científico de su aplicación y las variedades que en esta pueden sobrevenir por condiciones fortuitas del mismo trabajo.

Atencion requiere tambien el período puerperal por los accidentes funestos que durante el mismo pudieran sobrevenir y que se pueden evitar en su mayor parte por medio de una direccion científica, perfectamente ajustada á las nociones fisiológicas que hoy poseemos.

30. Durante el parto tenemos dos existencias comprometidas; ó por lo menos dos existencias sobre las que es preciso velar; así es que requiere cuidados especiales el feto que viene al mundo á gozar de una vida independiente, sin elementos propios de resistencia, con poquísimas garantías contra los agentes adversos, el primero de los cuales es precisamente la misma fuerza orgánica, que lo arroja al mundo. Basado en esta idea, que es tambien esencialmente fisiológica, debe desarrollarse la accion ó intervencion médica; tranquila, lenta cuando ninguna nube oscurece el cuadro ya conocido de un parto feliz, pero que exige una resolucion, y una actividad enérgicas, cuando ha resentido el pequeño ser la influencia de algunos de los agentes que antes hemos indicado.

Aquí encontramos, sin separarnos de un parto normal, dos estados distintos que exigen cuidados higiénicos de índole activa; no se trata de conservar lo que ya tiene el niño, se trata mas bien de evitar que pierda rápidamente la vida. El primero de esos estados se ha producido incidentalmente durante el trabajo, quizás en sus últimos tiempos; poco ó nada tiene que ver con él la naturaleza propia del recién nacido, aunque si el modo como se han ejercido sobre él las fuerzas espulsivas. Ese estado es de muerte aparente, de asfíxia, y dicho se está con esta sola palabra, que la exigencia de la intervencion es apremiante. Aquí importa tambien conocer la fisiología del feto, para poder ocurrir al accidente con conocimiento de causa, y no prodigar cuidados inútiles ó absurdos. El segundo estado á que nos referimos, no es de momento; viene de léjos, y está enlazado con la nutricion que recibió el feto en su vida intrauterina, es el estado de debilidad congénita, que, sino tan amenazador como el de asfíxia, es tambien importante y exige la adopcion de medios que garanticen la vida endeble del recién nacido, Diráse quizás que si esos son estados patológicos no es de este lugar ocuparse de ellos. Pueden indudablemente tomarse como tales, pero las buenas condiciones de método exigen colocar aquí un estudio, que forma parte de la instruccion tocológica normal, tanto mas cuanto que no tienen verdadera trascendencia patológica, cuando la intervencion puramente higiénica es racional y oportuna. En el mismo caso se encuentran las hemorragias del cordón umbilical que á veces sobrevienen en un período algo alejado del parto, y que dependen

generalmente de condiciones anatómo-fisiológicas individuales, que pueden modificarse por medio de cuidados científicos, que no se apartan del orden higiénico.

Dejamos á propósito de tratar aquí de la higiene de la primera infancia de que se ocupan casi todos los tocólogos, porque su lugar oportuno, dada la organización especial de la asignatura, es en su tercera parte, en las enfermedades de los niños, á cuyo estudio precede siempre metódicamente el de la higiene y patología general de la primera infancia.

4.^a SECCION—DISTOCOLOGÍA.

A. — DISTOCIAS MIXTAS Ó COMUNES Á LOS DOS SÉRES.

LECCION 31.^a—Generalidades.—Division.—Parto retardado.—Parto prematuro.—Aborto. Causas : síntomas : diagnóstico : mecanismo : pronóstico. Indicaciones que deben cumplirse.—Intervencion facultativa.

LECCION 32.^a—Patología del feto.—Heridas y fracturas : raquitismo : sífilis : tumores.—Patología de los anexos. Placentitis : adherencias anormales : hemorragia placentaria : degeneraciones : hipertrofia y atrofia.—Patología del cordón.

Hasta aquí hemos visto cuanto hace referencia á la gestacion y al parto normales. Pura fisiología ; ni los hechos, ni su esplicacion, ni su génesis se apartan de las leyes generales segun las cuales se desarrollan los fenómenos orgánicos, cuyo conjunto forma las funciones de generacion. Al lado empero de estos hechos normales, frente á esa historia de un orden superior del desarrollo vital, vienen á formar escepcion los fenómenos anormales : aquí como en las demas ramas de la medicina, la patología de las funciones debe tener su lugar al lado de la fisiología de las mismas. Esta es la segunda grande division de los estudios tocológicos de que hablamos en la memoria sobre el método, y la cuarta de las secciones en que dividimos la esposicion clásica de todos los hechos que forman la obstetricia.

La patología para nosotros abarca todos aquellos fenómenos orgánicos relativos á la generacion que se apartan de las leyes fisiológicas que se han establecido como fundamentales ó necesarias para el perfecto cumplimiento de los fines de la naturaleza humana, y en este concepto acep-

tamos como espresion sintética de estas ideas la palabra *distocia*. Distocia no se limita pues á significar, segun su etimología, parto difícil ($\delta\sigma\varsigma$; $\tau\acute{\iota}\lambda\alpha\sigma\iota$) significa algo mas, pues se estiende á todas las circunstancias que por el hecho de separarse de la ley general disminuyen las garantías de vida de la madre, del hijo, ó de ambos á la vez. Esas circunstancias pueden referirse aisladamente á cada uno de los dos séres comprometidos, ó bien indistintamente á ambos, lo cual es origen de las divisiones naturales, que como cuestion de método se establecen para el estudio de las distocias. Y decimos que esta es cuestion de método solamente, porque si bien la producción natural de los fenómenos patológicos se refiere de hecho á un determinado individuo, la solidaridad de intereses orgánicos establecida entre los dos, hace que en el terreno práctico ó de las aplicaciones terapéuticas no sea de importancia esa division.

La distocia, pues, será fetal, materna y mixta. La primera comprende dos grupos: circunstancias patológicas relativas al feto; y vemos entre ellas las perturbaciones de su desarrollo, las monstruosidades, y principalmente las posiciones viciosas: el segundo grupo contiene las enfermedades de los anexos, y principalmente de la placenta y del cordón. La distocia materna presenta un campo mas extenso. Podemos dividirla en cuatro grupos: 1.º Distocia por el estado vicioso de las fuerzas expulsivas (mogostocia dinámica).—2.º Distocia por conformacion viciosa de la pelvis (mogostocia pélvica).—3.º Distocia por conformacion viciosa de las partes blandas.—4.º Distocia por accidentes patológicos que perturban el trabajo (Dysaponotocia).—La tercera forma ó sea las distocias mixtas, comprende aquellos casos cuya génesis no puede referirse exactamente siempre á uno de los factores, siendo comunmente resultado del concurso de ambos: forman esta division el parto retardado, el parto prematuro y el aborto. Dado el plan de division de las distocias, seguiremos en su exposicion el órden siguiente: 1.º Parto retardado, prematuro, y abortivo 2.º Distocias maternas: 3.º Distocias fetales.

31. Lo que forma el objeto de esta primera division, podriamos llamarlo, heterocronia del parto. En realidad no se trata mas que de alteraciones del tiempo marcado por las leyes fisiológicas para la duracion del embarazo, cuyo resultado es, cuando por exceso, el parto retardado, cuando por defecto el parto prematuro y el aborto. La cuestion del parto retardado, ó mejor diríamos de la gestacion prolongada, es de las mas difíciles de establecer. Dado que la duracion media del embarazo sea de 285 dias, y admitiendo que pueda prolongarse sin aberracion fisiológica 25

días mas, es decir, hasta los 310 días (3), lo que pase de este término deberá considerarse como gestacion prolongada. Cítanse en los cuadros ingleses partos á los 320 días; Moreau cita uno á los 328, pero siempre es preciso confesar que la fijacion de estas épocas carece de una base segura para que tenga un valor científico absoluto. Esos retardos, cuando existen en realidad, pueden depender de circunstancias diversas, p. ej., de la resistencia de la matriz á la dilatacion, en cuyo caso esa condicion etiológica le da importancia práctica: fuera de estos casos reducidos tienen poca, como casos de distocia, si bien representan mucha como cuestion médico-legal.

No sucede así con el parto prematuro y el aborto, verdaderas distocias en las que se compromete seriamente la vida del feto, y en muchos casos la de la madre. Considérase como parto prematuro el que sobreviene antes de los 250 días, y despues de los 180, ó sean seis meses de edad del feto á cuya época se le considera viable. Antes de este tiempo, no hay parto, hay aborto; de manera que la distincion fundamental entre el aborto y el parto prematuro, es la viabilidad del feto, de cuyo principio partimos en todas las cuestiones que se rozan con esta importante parte de la tocología. De aquí se desprende ya que la existencia del hijo no viene seguramente amenazada en el parto prematuro, al paso que, es segura su muerte en el aborto; y como esa cuestion de viabilidad es de las mas importantes que pueden plantearse en la práctica médica, de aquí que tanto si se considera bajo el punto de vista del diagnóstico, como del pronóstico, como de la conducta á seguir por el práctico, sea de suma importancia conocer todos los detalles, y tener bien deslindados los caracteres que definen cada caso.

La trascendencia de estos fenómenos patológicos se estiende tambien á la madre, que si bien no corre el peligro cierto que el feto en el aborto, se halla sin embargo en condiciones delicadísimas que varian segun la época en que aquel se realiza. De aquí la division del estudio del aborto en épocas, segun las cuales al paso que difiere el mecanismo de su produccion, es distinta tambien su influencia en el funcionalismo materno.

32. Los abortos, como el parto prematuro, se verifican bajo la accion de causas extrínsecas, y de causas orgánicas. Estas últimas pueden referirse al organismo materno y al organismo fetal. En el estudio detenido de la patología de la gestacion, encontraremos muchas de las primeras; las segundas, quizás mas comunes, se encuentran á su vez en la patología del feto y de sus anexos; de aquí que sea inseparable del estudio del

aborto, el de las enfermedades del feto. Este por otra parte es el lugar oportuno de ocuparse de ellas, puesto que, formar una seccion especial de las mismas fuera poco lógico, cuando en la mayoría de veces solo las podemos conocer *á posteriori*, y casi nunca remediarlas, aunque haya podido venirse en su conocimiento á tiempo de prevenir sus efectos sobre la vida. Esas enfermedades son principalmente las diatésicas; los vicios heredados de los padres; los desarrollados espontáneamente bajo la accion de una nutricion pervertida: las lesiones materiales debidas á causas traumáticas: las comunicadas por la madre, ó desarrolladas simultáneamente en ambos por una causa contagiante, infectante ó epidémica, en una palabra, todas las lesiones que de un modo mas ó menos directo afectan la integridad vital del sér intrauterino, constituyen el objeto de la patología fetal.

Si al lado de esto colocamos las enfermedades, ó alteraciones de la placenta y del cordón, sus anomalías, sus degeneraciones, etc., tendremos casi completo el cuadro de afecciones que son en la gran mayoría de casos causa principal del aborto, ó de un parto prematuro.

La exposicion de la serie de cuestiones que surgen de esta manera de considerar la génesis del aborto, no son de este lugar, si bien lo tienen en el desarrollo de estas lecciones. Cuestiones de diagnóstico, cuestiones de tratamiento, y de un modo indirecto cuestiones de profilaxis se plantean en el terreno clínico, desde el momento en que consideramos esta distocia como un verdadero fenómeno patológico complejo, y por esto la importancia de su estudio no es solo especulativa, sino tambien práctica y merece ocupar la atencion de un modo preferente al lado de las reglas á que debe sugetarse el tocólogo respecto á su intervencion activa en el tratamiento racional del aborto.

B.—DISTOCIAS MATERNAS.

LECCION 33.—1. Distocia por el estado vicioso de las fuerzas espulsivas (disodinia).—Anomalías de la contractilidad uterina.—Inercia.—Contracciones uterinas escasivas.—Contr. irregulares.—Contr. espasmódicas.—Contr. insuficientes.

LECCION 34.—2. Distocia por vicios de conformacion de la pelvis.—(a) Modificaciones de relacion en los diámetros. (*Pelvis obliqua oval.*) (b) Anomalías de capacidad. (c) Deformaciones traumáticas.—Etiología.—Diagnóstico de los vicios de conformacion.—Indicaciones de la intervencion.

LECCION 35.—3. Distocia por viciacion de las partes blandas.—Resistencia del cuello.—Desviacion.—Obliteracion.—Tumefaccion.—Hipertrofia.—Tumores.—Dislocaciones y desviaciones de la matriz.—Estrechez de la vagina.—Inversion.—Resistencia de la vulva.—Tumores en los órganos inmediatos.

LECCION 36.—4. Distocia por accidentes de parte de la madre que complican la marcha del parto.—Rupturas: del útero: de la vagina: de la vulva y del periné. Id. de órganos diversos.—Hemorragias. De los primeros tiempos del embarazo. Hemor. despues del 5.º mes.—Insercion de la placenta sobre el cuello (placenta prévia).—Desimplantaciones. Hemor. durante el trabajo. Id. en el alumbramiento. Id. en el puerperio.

Al entrar en el estudio de las distocias maternas, inauguramos una de las partes de la obstetricia de mas interés práctico y de mas inmediata aplicacion, lo cual por sí solo da ya una idea de la importancia intrínseca que debe racionalmente asignársele.

33. Dada la division general que hemos establecido de las distocias, cumple fijar á su vez una subdivision de las mismas para marchar con método en la exposicion. Partiendo siempre del principio de no movernos de la anatomía y fisiología como norma, encontramos que el mejor medio de completar el trabajo de análisis comenzado es la etiología, la génesis individual de este grupo de distocias. Así siguiendo las ideas de los autores alemanes podemos desde luego dividir las distocias maternas en dos clases: 1.º Distocias ocasionadas por un obstáculo á la marcha del trabajo, ó sea imposibilidad ó dificultad del parto por alteracion de los elementos naturales del mismo (mogostocias ó disponotocias): 2.º Distocias ocasionadas por fenómenos morbosos ó accidentes que complican el parto, cuya marcha sin embargo no está alterada (disaponotocias, parto complicado, de los ingleses). Esta division completamente natural está

basada en el modo de presentarse la dificultad, cuyo distinto modo de aparecer representa razones fisiológicas muy distintas en uno y otro caso.

Todavía es susceptible de division la primera clase; así es que como mogostocias podemos ver unas dependientes de anormalidad en las fuerzas espulsivas; otras de conformacion viciosa de los elementos óseos del aparato; otras en fin de viciacion de los elementos ú órganos blandos y de aquí las tres especies que son objeto de otras tantas lecciones de nuestro programa.

Estudiada la primera especie de distocia bajo el nombre de *disodinia*, *mogostocia dinámica*, etc., constituye un estudio esencialmente fisiológico, en el cual volviendo sobre nuestros pasos, debemos recorrer las leyes que dijimos presidian á la realizacion del parto, para esplicarnos las aberraciones de las mismas, y las perturbaciones consiguientes en la marcha del trabajo. Es sabido que la expulsion del feto se realiza bajo la accion directa de la contractilidad uterina, única fuerza activa que impele fisiológicamente el producto de la concepcion en todo su trayecto. Ahora bien: esta fuerza natural, intrínseca de la matriz, puede separarse de su normalidad, y ya por defecto, ya por exceso, ya por irregularidad notable, constituirse en obstáculo en vez de ser potencia eficaz para la terminacion del parto normal. Desde la simple debilidad de las contracciones hasta la inercia completa, corre una serie de perturbaciones por defecto de accion uterina; mas en esto no debemos limitarnos á consignar el hecho y en demostrar los signos exteriores que lo patentizan, es preciso que nos remontemos á su origen y tratemos de investigar qué estados morbosos del órgano ocasionan la falta de sus funciones, partiendo del principio general de que las alteraciones funcionales se hallan enlazadas siempre con alteraciones orgánicas, y que aun cuando puedan ser aquellas efecto de una simple perturbacion nerviosa, no podemos en el estado actual de la Ciencia admitir en absoluto, que esta no sea orgánica ya de la periferia ya de los centros del sistema nervioso. Así entran en el campo de nuestras investigaciones la falta de desarrollo muscular y los desequilibrios de la accion nerviosa: la plétora uterina y la anemia; la inflamacion y la depresion debida al influjo de las impresiones morales, etc.

Si de la inercia de las contracciones pasamos á su exageracion, podremos estendernos en consideraciones parecidas, viendo la causa de esa anormalidad en lesiones orgánicas análogas, y comprobando el hecho,

digno de atencion, de que una misma lesion orgánica ó dinámica puede producir en individuos distintos una inercia, ó una escesiva contraccion.

Junto á esas lesiones de esceso y de defecto existe lo que podemos llamar *direccion anormal* de las contracciones, figurando como principales las irregularidades de estension y de tiempo y los espasmos. En unos casos, la contraccion siendo parcial, es impotente, á pesar de su fuerza, para dilatar el cuello; en otros la falta de verdaderas intermitencias constituye al útero en un estado tetánico, lo cual produce una especie de estrangulacion que léjos de facilitar los fenómenos de dilatacion y de espulsion, se opone á ellos y sobre fatigar inútilmente á la enferma, es muchas veces una amenaza directa contra la integridad del feto. Tambien en la etiología de esos fenómenos espasmódicos, encontraremos la alteracion de la normalidad funcional uterina por la irritacion flogistica ó reumática, por el traumatismo de las manipulaciones intempestivas ó demasiado prolongadas, por antecedentes histero-páticos, etc.

Del estudio diagnóístico de esas variadas aberraciones de la contractilidad uterina, surgen indicaciones que debe el práctico cumplir, y de aquí el exámen y apreciacion crítica de los diferentes tratamientos aplicables á cada una de las formas de distocia comprendidas en esta leccion.

Quizás parezca mas propio ese estudio, de la parte ó seccion destinada á la terapéutica de las diferentes especies morbosas. Sin embargo, no creemos cometer una falta de método adelantando estas nociones, puesto que su apreciacion y aplicacion depende principalmente de la etiología, y en ningun punto mejor que al lado de este puede colocarse el estudio de sus consecuencias, sin perjuicio de volver á tratar de las mismas en general, en la seccion terapéutica

34. La segunda especie de *mogostocias*, comprende las debidas á un vicio de conformacion del anillo óseo que constituye la pelvis. Pocas cuestiones tienen la importancia práctica que reconocemos en las que se refieren á las estrecheces pélvicas: pocos conocimientos son mas necesarios que los que á esto se refieren para la buena ejecucion de la tocológia práctica; y sin embargo, es positivo que existen serios obstáculos para poder llegar al conocimiento exacto de la forma y dimensiones absolutas de una pelvis dada, y de consiguiente para resolver de una manera indubitable las cuestiones ó problemas que surgen de determinadas condiciones anatómicas. En medio de esto consta un hecho que debe tenerse muy en cuenta, y es que la deformacion pélvica no siempre es absoluta; lo es

y solo debemos referirnos á ella cuando se trata de grandes trastornos ó de estrecheces muy considerables ; pero en las pequeñas modificaciones de forma ó de dimension, precisamente en las mas comunes y menos diagnosticables, su valor es relativo, es decir, que debemos tener en cuenta los caracteres individuales de la pelvis con relacion al otro elemento, la cabeza del feto. En una palabra: los problemas surgen de la relacion proporcionada ó desproporcionada entre los diámetros de la pelvis y los de la cabeza fetal. De esto deducimos como base del estudio clínico, que, tocológicamente hablando, una pelvis es viciada ó deformada no tanto por sus caracteres anatómicos absolutos, como por el hecho de influir desfavorablemente en la marcha del parto.

Para analizar con método cuanto se refiere á los vicios de conformacion de la pelvis, los dividiremos en tres grupos: 1.^o (a) *Pelvis deformes*, ó modificacion en la relacion mútua de sus diámetros: 2.^o (b) *Pelvis regularmente viciadas*, ó anomalías de capacidad: 3.^o (c) *Pelvis alteradas* por un traumatismo ó por el desarrollo de degeneraciones y tumores óseos (Joulin).

La falta de relacion puede recaer sobre el diámetro antero-posterior, sobre los oblicuos, ó sobre el trasverso, y todas las modificaciones que encontremos en las pelvis en el concepto de irregularidad podremos referirlas á estos grupos (Dubois). Al estudiar detenidamente esas modificaciones, veremos en que sitios reside la lesion; la importancia que tiene la diversidad de situaciones del sacro y de direccion de la arcada púbica como causantes del acortamiento del diámetro antero-posterior, y las alteraciones concomitantes de los otros diámetros, porque no debe creerse que existe aislada la lesion que caracteriza el tipo, solo que, como mas importante, sirve de base de clasificacion y de estudio.—La alteracion en los diámetros oblicuos, menos frecuente en la práctica que la del diámetro antero-posterior, da lugar á una série de individualidades, cuyos caracteres no es fácil generalizar. El acortamiento de ambos diámetros á la vez, acompañado por lo general de prolongacion del antero-posterior constituye un tipo debido generalmente á la osteomalacia, digno de estudio: el acortamiento de uno solo, por otro lado, da lugar á formas diversas, y se ve representando por las estrecheces raquílicas, por las luxaciones congénitas ó inveteradas de los extremos inferiores, y por esa variedad especial, de naturaleza poco conocida que se llama deformidad oblicua oval, descrita por Nægele, quien considera la sinóstose del sacro con el ileon como la lesion primitiva, y las demás como secundarias. Su

génesis, su diagnóstico, y su influencia en la marcha del parto, darán lugar á curiosas observaciones no ajenas de aplicacion en la clínica.—Las estrecheces del diámetro transverso son las mas raras, y casi siempre debidas á traumatismos ó á un raquitismo antiguo.

En el segundo grupo constituido por las anomalías de la capacidad, encontramos las pelvis pequeñas y las pelvis demasiado grandes. Proporcionadas aquellas á la talla de la mujer, ó desproporcionadas, no tienen en cada caso igual importancia bajo el punto de vista del diagnóstico, pero siempre ejercen influencia directa en el modo de terminacion del parto. En cuanto á las segundas, es decir, á las pelvis muy dilatadas, ya veremos la importancia que deben merecer hoy día como causa de distocia, dados los conocimientos positivos que se tienen acerca el mecanismo del parto.

Finalmente, en el tercer grupo entra el estudio de los callos deformes subsecuentes á fracturas de los huesos iliacos; la luxacion persistente de las vértebras lumbares, los exostoses, los osteosarcomas y demás tumores de cualquier índole, desarrollados en el tejido óseo.

El diagnóstico de los vicios de conformacion de la pelvis, puede hacerse con tiempo, y hasta fijarse exactamente cuando esté enlazada con estados diatésicos como el raquitismo, la osteomalacia y algunas luxaciones congénitas: fuera de estos casos, es comun reconocer la primera señal de la lesion en la perturbacion misma del trabajo del parto. De aquí las dificultades de la práctica, y la imposibilidad muchas veces de que sea el diagnóstico un aviso para la prevencion, y una base del tratamiento. Este consiste en las indicaciones que surgen de la índole de la viciacion pélvica, mas las indicaciones no son las mismas si se reconoce la estrechez en una época prematura del embarazo, ó si se observa solo en el momento del parto: en el primer caso el práctico es dueño de la situacion; y dado que tenga datos para fijar de un modo mas ó menos preciso el estado de la pelvis, puede recurrir á medios extremos que garanticen cuando menos la vida de la madre. Mas en el segundo caso debe correr todos los albrures de una intervencion, acerca la cual no pueden darse reglas generales, porque depende siempre de las circunstancias propias de cada caso. Ya hemos dicho antes que, prácticamente, debíamos considerar el vicio de la pelvis no en absoluto, sino en relacion á la cabeza del feto, mas no por esto han dejado los autores de fijar términos medios como base de las indicaciones que puede tomar el tocólogo. Partiendo del principio de que la dimension media de los diámetros bi-parietal y sub-occí-

pito-bregmático del feto, son respectivamente de 90 y 95 mm., se establece como primer grado de estrechez pélvica 95 mm. para el diámetro menor. Desde este punto Dubois estableció tres categorías: 1.^a 95 mm.; 2.^a entre 95 y 67; 3.^a menos de 67 mm. Joulín ha creído que podía darse mayor estension, estableciendo algunos grados intermedios, así admite cinco grados: 1.^o de 95 mm.; 2.^o de 95 á 80; 3.^o de 80 á 70; 4.^o de 70 á 50; 5.^o menos de 50. A cada grado de estrechez corresponde distinto modo de intervencion, y si algo falta para que este plan tenga todas las ventajas prácticas, es solamente la facilidad de precisar dichos grados, dada la insuficiencia de los medios de pelvimetría que se poseen. Ello es cierto, sin embargo, que este método generaliza lo suficiente para evitar vacilaciones, en los casos árduos de tener que resolver sobre la marcha la conducta que debe seguirse ante una estrechez pélvica que imposibilita la terminacion del trabajo.—Sobre este punto y las cuestiones que del mismo se desprenden pueden hacerse largas consideraciones, ya analizando y estimando el valor de las opiniones que podemos llamar clásicas, ya apreciando la oportunidad de acudir á unos ó á otros de los diversos procederes que constituyen la cirugía tocológica, cuyo éxito está tan sujeto á las condiciones individuales.

35. Al lado de estas viciaciones del sistema óseo, las mas trascendentales del organismo materno bajo el punto de vista distócico, existen las alteraciones de las partes blandas que revisten el conducto recorrido por el feto en su espulsion. Lo que primero llama la atencion es el cambio de caracteres propios del útero, así la rapidez ó resistencia pasiva del cuello puede ser un obstáculo sério á la marcha del parto, convirtiéndose tal vez, lo mismo que el verdadero espasmo ó resistencia activa del cuello, en una causa de aberracion de la contractilidad, y complicándose así una lesion funcional con otra anatómica, que tal podemos considerar el cambio de consistencia del tejido que se presente duro, tenso, inestensible, en vez de ser blando y elástico como corresponde en los últimos tiempos de la gestacion, y más despues de iniciado el trabajo del parto. Este estado particular del cuello está muchas veces enlazado con una exageracion de la contractilidad del segmento inferior del útero, lo cual establece una especie de antagonismo entre el movimiento de ambas regiones, que se opone á la perfecta realizacion del mecanismo de la dilatacion uterina.

Quizás mas comun que la espesada, vése en la práctica otra lesion, la desviacion del cuello, que suele ser hácia atrás y arriba. Cuando ligera

no tiene importancia, mas cuando muy exagerada puede oponerse á la marcha regular del trabajo por la accion que la cabeza del feto ejerce sobre la parte anterior del segmento inferior, en vez de ser sobre el mismo orificio que no se dilata entonces con regularidad.

La obliteracion del cuello, traumática ó consecutiva á una inflamacion, la tumefaccion del lábio anterior del orificio externo, la hipertrofia y los tumores de todos géneros desarrollados en el cuello, son otras tantas afecciones que conviene estudiar entre las causas de distocia, que crean situaciones especiales y exigen métodos diversos de intervencion, para separar dichos obstáculos. Por otro lado las desviaciones totales del órgano, no ya las simples inclinaciones propias del estado fisiológico, el prolapso mas ó menos completo, y aun los casos, afortunadamente raros, de hernia del útero constituyén á su vez otras distocias no menos importantes para la aplicacion clínica.

A medida que nos apartamos del útero son menos frecuentes y menos absolutas las lesiones que se oponen á la marcha del parto, pero no dejan de presentarse alguna vez estrecheces y obliteraciones parciales de la vagina, desviaciones é inversiones de este conducto, y mas adelante la resistencia ó inestensibilidad de la vulva, que exigen tambien la intervencion directa para corregirlas y facilitar la terminacion del trabajo.

Forman el último grupo de obstáculos derivados de las partes blandas, los tumores desarrollados en los mismos órganos ó en su inmediacion. Como el estudio de estos y de las indicaciones que motivan, debe hacerse de un modo especial en el desarrollo de estas lecciones, nos limitaremos aquí á enumerar los que mas comunmente vienen á interponerse en el curso del parto. En general cualquiera que sea el tumor, el resultado es el mismo; estrechar el camino que ha de recorrer el feto, de modo que los principales caractéres que llaman la atencion con preferencia son su volumen y su consistencia, pues de los mismos depende la gravedad del estrechamiento y la posibilidad de dominarlo ó nó. Aparte las dificultades de diagnóstico que existen para identificar bien los tumores, las indicaciones emanadas de él suelen ser graves, y exigen al pasar á realizarlas un *summum* de prudencia, y un criterio fijo para evitar complicaciones, siempre fatales. Los tumores que principalmente se oponen á la marcha del parto y cuyo estudio es mas conveniente, son los fibromas del útero; los tumores enquistados; los trombus de la vulva y de la vagina; los pólipos, el edema de la vulva; los tumores herniarios, los tumores desarrollados en el ovario, los del recto, y los tumores y cálculos vesicales.



36. La segunda clase de distocias maternas, es la constituida por las *disaponotocias*, accidentes sobrevenidos sin alteracion ú obstáculo fundamental del mecanismo del parto, pero fatales para los dos seres comprometidos en este trabajo. La primera lesion que en este concepto encontramos es la ruptura del útero (*dysrhexitocia—distocia é metrorhexi*); poco frecuente en los primeros tiempos de la gestacion, se vé mas especialmente durante el parto, en cuyo caso puede depender de las mismas contracciones, las cuales al ser muy enérgicas, si se estrellan contra un obstáculo insuperable, acaban por producir una lesion de continuidad de las fibras, de la misma manera que la producen los traumatismos, las tentativas de aborto dirigidas sobre el feto, las manipulaciones imprudentes ó mal dirigidas, etc.

En esta parte tiene una importancia reconocida el estudio de las lesiones anatómicas que esplican muchas veces la naturaleza de la causa que obró sobre el órgano, y que por otro lado pueden servir de pié á una division metódica, admitiendo rupturas penetrantes ó completas, y no penetrantes ó incompletas, division perfectamente legitimada por la disposicion especial de las capas musculares que forman la matriz. En cuanto á las indicaciones emanadas del reconocimiento de la lesion, son por desgracia limitadas. No así las que surgen de la existencia comprobada de una predisposicion á la ruptura, en cuyo caso un tratamiento profiláctico y la eleccion de determinados procedimientos manuales pueden evitar con tiempo graves trastornos y pérdidas irremediables.

Las rupturas de la vagina (*Distocia é colporrhexi*), enlazadas ó no con las rupturas del útero tienen tambien importancia práctica y dan lugar á notables distocias, pero cuando aisladas no son tan fatales en sus últimas consecuencias como las del útero. Lo mismo podemos decir de las rupturas del periné, cuyo estudio tiene una importancia especial bajo el punto de vista de las consecuencias, es decir, de los medios que deben emplearse para establecer despues del parto la integridad perdida. Entre las rupturas de los demás órganos que pueden complicar un parto, merece especial mencion, la de las sínfisis ilíacas.

Otra causa de complicacion del parto, son las hemorragias (*distocia hemorrágica*). Esas metrorragias tienen una fisonomía especial, segun la época en que se presentan; la causa suele ser siempre la misma, separacion de la placenta del útero, pero cambian los síntomas, el mecanismo, y de consiguiente las indicaciones. De aquí la conveniencia de dividir las en grupos: colocamos en el primero las hemorragias de los tres ó cuatro pri-

meros meses de la gestacion: estas se enlazan con el aborto, y casi podemos referirnos en todo á lo dicho al tratar de este. En el 2.^o grupo están las que se presentan desde el quinto mes: mas graves, y desarrollándose segun un mecanismo mejor definido, suponen estados anatómicos especiales, y se encuentran no pocas veces enlazadas con la insercion de la placenta sobre el cuello (placenta previa). En el 3.^o grupo colocamos las que se presentan en el alumbramiento y en el puerperio, hemorragias de carácter especial, sostenidas muchas veces por aberraciones funcionales del útero y que exigen una intervencion muchas veces perentoria.

Este estudio por demas vasto é interesante completará el de las distocias maternas en las dos clases en que las hemos dividido.

C.— DISTOCIAS FETALES.

LECCION 37.^a—Division.—1.^o Distocias relativas al feto.—Desarrollo exagerado del feto: desarrollo fisiológico; id. patológico.—Distocia por presentacion ó posicion viciosa; presentaciones de vértice—de cara—de tronco, de nalgas.—Procidencias de los miembros.

LECCION 38.^a—Inclusion parasitaria—Distocia debida á la presencia de fetos múltiples.—Distocia por error de lugar en el desarrollo del feto (preñez extrauterina.)—preñez ovárica.—preñez intraperitoneal.—preñez tularia.—preñez intersticial.—Diagnóstico, terminaciones y tratamiento.—Distocia por deformidades del feto.

LECCION 39.^a—2.^o Distocias relativas á los anexos.—Adherencia anormal de la placenta. Exceso de volúmen.—Debilidad y ruptura del cordon umbilical. Cortedad del mismo.—Procidencia del cordon.—Hemorragias de los anexos del feto.—Tratamiento.

La segunda division de las distocias que hemos aceptado, debe estudiarse en dos agrupaciones distintas: en la primera las distocias ocasionadas por anomalías del mismo feto; en la segunda las dependientes del estado especial de sus anexos, cordon y placenta. Esta division no solo viene indicada como medio de exposicion metódica, sino como resultado natural de las indicaciones diversas que surgen en uno y otro caso, y aun de la diferente significacion que tienen para el porvenir de la madre y del hijo.

Las distocias fetales intrínsecas se subdividen á su vez en 6 clases. 1.^a Exceso considerable de volúmen del feto.—2.^a Presentaciones ó posi-

ciones viciosas.—3.^a Procidencia de los miembros.—4.^a Inclusiones parasitarias.—5.^a Error de lugar en el desarrollo del feto —6.^a Deformidades y monstruosidades. En estas seis clases pueden ir comprendidos todos los casos de distocia producidos por anomalías del feto, sin necesidad de establecer, como algunos autores, unas divisiones sucesivamente minuciosas.

37. En realidad bajo el aspecto de desarrollo excesivo del feto, se estudia no solo el exceso de volúmen total uniforme debido á una exuberancia del crecimiento fisiológico, sino tambien el aumento de volúmen total ó parcial que reconoce por origen estados patológicos, como los derrames líquidos ó gaseosos, las degeneraciones y la hipertrofia de los órganos, sin necesidad de crear para cada uno de esos estados una especie diferente.

En las distocias por presentacion ó posicion viciosa, vemos tambien agrupadas por asimilacion de efectos prácticos, las posiciones particulares de cada presentacion que, por su propia índole y por perversion de los movimientos que normalmente constituyen el mecanismo del parto, se convierten en obstáculo á la marcha regular de este, y exigen la intervencion práctica ó manual. Aquí veremos resaltar el hecho de que, mientras unas presentaciones raramente se hacen distócicas, y aun si esto sucede es por la persistencia de posiciones primitivas que el mecanismo normal debia haber modificado, otras son siempre verdaderas distocias, sea cualquiera la posicion que afecten, la que no tiene tanta importancia para el pronóstico, como para fijar el proceder operatorio que el caso exige. La ley general que aquí rige, y que debe servir de punto de partida para determinar si existe ó no distocia dada una posicion, y estimar su importancia una vez establecido el hecho, es la de la correspondencia de los diámetros fetales y pélvicos; ley que tiene un corolario para los casos de determinadas posiciones, y es que el movimiento de rotacion debe contribuir á llevar en el sentido del diámetro antero-posterior partes determinadas de la presentacion. De lo cual se desprende que la distocia lo mismo puede ser debida á una posicion primitiva defectuosa, que á una posición consecutiva á un movimiento de rotacion inverso del normal. En el primer caso la distocia se constituye en el primer tiempo del parto, en el encajamiento; en el segundo se presenta solo en el desprendimiento ó estension, que puede llegar á ser imposible por los solos esfuerzos de la naturaleza. Tales son los principios generales sobre que versa la doctrina de las distocias, y en que se funda principalmente

el tratamiento. En cuanto á las presentaciones intrínsecamente distócicas, (present. de tronco), lo son siempre desde el comienzo del parto, y á ello debe referirse la intervencion.

Como otro grupo de distocias debemos considerar las procidencias de los miembros del feto. Este fenómeno que puede verse en cualquiera presentacion, es sin embargo mas comun en las del tronco, hasta el punto de observarse en la mayoría de ellos. No debe en general considerarse como distócica la procidencia de los miembros inferiores en la presentacion de nalgas, pues á parte de ser una variedad de la misma, nunca es un obstáculo serio á la marcha del parto, y aun en dadas circunstancias le favorece. En las presentaciones de la estremidad cefálica la procidencia tiene una influencia grave, y exige la intervencion, no absoluta, sino adaptada á la posibilidad ó no posibilidad de reducir el miembro desprendido. En casos escepcionales llega á exigir una de las mas graves operaciones tocológicas.—En el conocimiento de las diversas posiciones y en el mecanismo de espulsion que á cada una corresponde, se fundan las indicaciones, y se resuelven los procedimientos de intervencion, que constituyen la parte mas importante y mas difícil de la tología práctica y operatoria.

38. No puede dejar de contarse entre las distocias fetales la inclusion parasitaria, es decir, el desarrollo de un feto dentro de otro; distocia rarísima, pero que no deja de ser tal cuando se presenta. Aquí no debemos ocuparnos en explicar el mecanismo por el que se realizan estos fenómenos, que no siempre deben considerarse como aberraciones de la fuerza formativa, siendo muchísimas veces simples perturbaciones accidentales en la marcha de una concepcion doble, sino en ver como y porque razon pueden ser causa de distocia y el modo de tratarla. Esta es la verdadera cuestion tocológica, la primera pertenece á la fisiología.

Junto á esta cabe perfectamente otra distocia, la ocasionada por la presencia de fetos múltiples, ya aislados ya unidos. Sucede á menudo que un parto de fetos gemelos se verifica normalmente, sin accidentes ni dificultades, dentro mismo de las leyes ordinarias que rigen el mecanismo del parto fisiológico: pero algunas veces, ya sea por el encage simultáneo en el estrecho superior de dos partes voluminosas, sea por la interposicion de regiones determinadas del uno en el camino que el otro recorre, surgen dificultades que constituyen distocia y exigen la intervencion. Un exámen de las principales deformidades y monstruosidades debe completar este estudio.

Una de las distocias por causa fetal mas irremediable, casi siempre fuera de los recursos del arte, es la constituida por error de lugar en el desarrollo del huevo fecundado. Esto constituye las llamadas preñeces extrauterinas, fenómenos fisiológicos de gran importancia en la Ciencia. El solo enunciado de ellas dá idea del cúmulo de cuestiones que pueden suscitar, y de los diferentes problemas que se plantean sobre las mismas. Cuestiones de génesis, en las que deben examinarse las aberraciones fisiológicas que dan lugar á tan irregulares como terribles trastornos de las leyes primordiales: mecanismo de la formacion, y luego de las funciones de aquel feto. Cuestiones de diagnóstico, pocas veces posible sobre datos fijos ó irrecusables, basado á menudo en suposiciones ó en datos negativos. Cuestiones de anatomía patológica, necesarias de conocer para entender algo el modo de portarse de los tejidos y de los órganos llevados á un destino funcional que no es el suyo. Finalmente, cuestiones de tratamiento que tanto deben mirar al modo de intervenir en tan comprometida situacion, como á los medios aplicables para remediar las temibles consecuencias que irremisiblemente surgen de la terminacion espontánea de tal estado, que constituyen casos graves patológicos y que tienen crisis rápidamente fatales, cuando apenas se las ha podido diagnosticar. Para el estudio metódico de las preñeces extra-uterinas, las dividiremos en cuatro grupos: 1.º preñeces ováricas; 2.º preñeces intra-peritoneales ó abdominales; 3.º preñeces tubarias; 4.º preñeces intersticiales. Dentro de esta division debe estudiarse cuanto concierne á su desarrollo, las razones que militan para admitir como realmente *comprobadas*, ó como solamente *posibles* las preñeces de determinados sitios, y por último los síntomas, diagnóstico, terminaciones y tratamiento de cada una de ellas.

39. En la segunda agrupacion de distocias fetales, entran, como hemos dicho, las que reconocen por causa anomalías ó enfermedades de los anexos. Aquí cabe el estudio de las adherencias anormales de la placenta, de su volúmen exagerado, de sus degeneraciones y de todas las anomalías que exigen la intervencion y el alumbramiento artificial. Luego las lesiones especiales del cordon, como su falta de consistencia y consiguiente ruptura, la cortedad del mismo, la prociencia, y como consecuencia, algo comun de estas y otras lesiones las hemorragias intrínsecas de la placenta y del cordon, cuyo estudio no deja de tener su importancia práctica, por exigir muchas veces rápidos procedimientos de intervencion.

5.^a SECCION.—TERAPÉUTICA DE LAS DISTOCIAS. (Operaciones tocológicas.)

LECCION 40.—Generalidades acerca las operaciones tocológicas. Leyes fundamentales de la intervencion.—Version.—Version por maniobras esternas.—Version cefálica.—Version pélvica.—Reglas generales.—Indicaciones y contra-indicaciones de esta operacion.

LECCION 41.—Version en las presentaciones de vértice.—Tiempos de la operacion. En las presentaciones de cara. En las de pelvis. En las del hombro.—Variedades.—Complicaciones.—Doble maniobra.—Método de Deusch.—Ejercicios prácticos en el maniquí.

LECCION 42.—Forceps.—Preliminares y generalidades de su aplicacion.—Indicaciones y contraindicaciones.—Reglas particulares para cada posición.—Comparacion entre la aplicacion del forceps y la version en las estrecheces pélvicas.—Pronóstico.—Palanca.—Ejercicios prácticos.

LECCION 43.—Teoría de la aplicacion de la fuerza en obstetricia.—Instrumentos inventados para practicarla.—Grado de reductibilidad de la cabeza del feto.—Indicaciones.—Apreciacion.

LECCION 44.—*Embriotomia*.—Perforacion del cráneo. Cefalotripsia. Cefalotomia. Manual operatorio. Indicaciones.preciacion.—Operacion cesárea. Indicaciones.—Sinfisiotomia.

LECCION 45.—Parto prematuro artificial: Indicaciones de esta operacion. Procedimientos operatorios. Dilatacion del cuello: provocacion de las contracciones: (*Espanja preparada*; *dilatadores mecánicos*; *chorros forzados*; *corrientes eléctricas*). Del régimen debilitante como medio de disminuir el volúmen del feto.—Aborto provocado.

De las distocias, cuyo estudio precede, surgen una porcion de indicaciones cuyo cumplimiento debe tener lugar por maniobras especiales, que toman el nombre de operaciones tocológicas, verdadera terapéutica quirúrgica aplicada á la obstetricia. Cuando una funcion cualquiera del organismo se halla perturbada, la primera condicion para que las cosas vuelvan á su estado normal, y se restablezca el fisiologismo alterado, es apartar la causa de la perturbacion. De esa ley general de las alteraciones morbosas, no se aparta la obstetricia, por esto todos los esfuerzos del tocológo deben dirigirse á alejar aquellas causas que produjeron la distocia. Cuando esta sobreviene es porque la naturaleza se separa de sus leyes

fisiológicas, no sin una causa poderosa extrínseca, que le obligue á ello: si su fuerza de reaccion puede mas que el elemento perturbador, bástase ella sola para restablecer el estado normal; cuando este es superior á las fuerzas naturales, entonces es necesaria la intervencion, entonces el hombre de ciencia ha de venir á suplir lo que falta á la naturaleza.

40. De este hecho primordial comprobado, es decir de la tendencia del organismo, ó vencer la causa patológica, y de la posibilidad de conseguirlo, se desprende lo que podemos llamar principio fundamental de la intervencion, y que podemos formular en estos términos: «el tocólogo debe esforzarse en conocer y apreciar la accion de la naturaleza en los desórdenes del parto, debe secundar esta accion en tanto que ella basta para llegar á su fin, procurando alejar los obstáculos y evitar toda perturbacion nueva; cuando son ineficaces ya los esfuerzos de la naturaleza, debe procurar imitarla en lo posible, y hacer aquello mismo que hiciera el organismo en condiciones mas favorables: jamás el arte debe pretender reemplazar sin peligro á la naturaleza en la terminacion del parto, apartándose de sus leyes.» (Nøgele.)

Sobre esta base se establecerán tambien las reglas generales de la intervencion; estas empero no pueden ser absolutas, pues las disposiciones que debe tomar el práctico, y los medios de que deberá usar, varian segun las formas de distocia. En unos casos convendrá solamente restablecer en su estado ó regularizar las fuerzas expulsivas; otros cambiar el órden de los factores que entran en la realizacion del parto, para hacer mas favorables sus relaciones mútuas; otros realizar de una manera pronta é inofensiva la estraccion del feto valiéndose de una fuerza exterior aplicada metódicamente sobre el feto; otros en fin, tendrá que dirigirse sobre este, y aun sobre la madre una fuerza no ya inofensiva, sino que atentará á su integridad como único medio de vencer obstáculos absolutamente insuperables.

De lo dicho se desprende que la intervencion no siempre es igual, y que por lo mismo puede hacerse una division de esos medios. Desde luego son ellos higiénicos, médicos y quirúrgicos. Los primeros son ya conocidos por los preliminares, los segundos pertenecen á la tokiátria que debe estudiarse en aquellas distocias que en particular las requieren (L. 33), los terceros son los que principalmente deben ocuparnos aquí, pues la importancia de esas operaciones llamadas por algunos *tocúrgicas*, es tal que hace de ellas la parte mas trascendental y mas difícil de la obstetricia práctica.—En esta parte, pues, nos ocuparemos de las opera-

ciones tocológicas, las cuales para su exposicion dividiremos en tres grupos: 1.^o Operaciones puramente manuales ó cambio artificial de la presentacion del feto, con solo el auxilio de la mano (versiones). 2.^o Operaciones practicadas sobre el feto con instrumentos que no deben herirle (aplic. del forceps, palanca, etc.) 3.^o Operaciones practicadas con instrumentos que hieren al feto ó á la madre, (embriotomia, operacion cesárea). De cada una de estas operaciones estudiaremos por su órden, el fin que lleva, el manual operatorio, las indicaciones y su pronóstico en general.

Llámase version á la operacion que tiene por objeto cambiar la presentacion del feto, siguiendo determinadas reglas, á fin de que se correspondan convenientemente los diámetros de uno de los extremos del ovoide fetal, con los relativos de la pelvis. En rigor, la version no significa mas que el espresado cambio en la presentacion, y así lo entienden algunos autores, que separan de ella el estudio de la extraccion manual del feto: nosotros estudiaremos ambas cosas en conjunto, considerando á cada una como diferentes tiempos de una operacion tocológica.

La version comprende dos procedimientos generales: 1.^o version por maniobras externas; 2.^o por maniobras internas con introduccion de la mano dentro del útero. Esta última es cefálica ó pélvica, segun que se opera sobre la cabeza ó sobre las nalgas del feto. La última es la principal, la que podemos llamar operacion clásica y á la que se recurre en la generalidad de los casos; la cefálica hoy solamente es aplicable á algunas presentaciones de vértice viciosas. En la antigüedad, cuando se creia que solo las presentaciones cefálicas eran naturales y que todas las demás exigian la intervencion, se procuraba siempre llevar la cabeza al estrecho superior, y así era la version cefálica la usada, pero hoy dia ha perdido toda su importancia, y por esto deberemos ocuparnos de ella muy superficialmente.

La version exterior, ó por manipulaciones externas, tiene alguna importancia en la práctica; es preciso conocer bien sus reglas, los casos en que es aplicable y la estension que puede dársele, pues en muchos casos podrá evitar operaciones mas graves, cambiando radicalmente las condiciones del parto. Aplicable muchas veces desde una época bastante anterior al parto, es el objeto de un tratamiento prolongado, y bastaria esta consideracion para detenerse algo en su estudio, si no lé diese tambien mucha importancia la posibilidad de conseguir con ella en dadas circunstancias lo mismo que se consigue, pero con mayor dificultad, por medio de la version por maniobras internas.

La version pelyica es una de las operaciones mas notables de tocología y una de las que mas á menudo se presentan indicadas en las distocias. En unos casos las presentaciones de tronco; en otros, posiciones anómalas de vértice; en otros la suspension de las contracciones uterinas; en otros la amenaza séria de la vida de la madre por hemorragia, por eclampsia ó por otro accidente; en una palabra, la mayor parte de las distocias exigen como tratamiento esta operacion. Por esto el estudio de sus indicaciones y contraindicaciones, es una parte importante de nuestro estudio, tanto por lo menos, como el manual operatorio, reglas generales de la maniobra de que depende siempre el feliz éxito de la operacion.

41. Al lado de las reglas generales y comunes á todos los casos, hay empero reglas particulares que se refieren á cada presentacion y aun á las diversas posiciones. En este concepto debe dedicarse una leccion á aplicar á esos casos particulares las diferencias que surgen de sus propios caractéres. Aquí es en donde para metodizar más, dividiremos la operacion en tiempos conocidos con los nombres de: 1.^o introduccion de la mano; 2.^o evolucion del feto; 3.^o estraccion; cada uno de los cuales se modifica segun las circunstancias. No puede ser objeto de este programa el detenernos á esplicar cada una de dichas operaciones: basta consignar aquí la division que hacemos de este estudio segun las presentaciones, correspondiendo luego al desarrollo oral del mismo, todo cuanto atañe al manual operatorio, á las variaciones accidentales del mismo, á las complicaciones y á los métodos particulares que como los que se denominan «doble maniobra» y «método de Deusch» están destinados á cumplir indicaciones especiales, ó modificar en cierto sentido el procedimiento general.

42. En el segundo grupo de operaciones tocológicas hemos colocado aquellas que se practican con instrumentos aplicados sobre el feto sin herirle. Comprende principalmente la aplicacion del forceps. Este instrumento inventado en Inglaterra por Chamberlen (siglo xvii) ha sufrido desde entonces muchísimas modificaciones, tal que su estudio y el exámen comparativo de los diferentes modelos puede ser objeto de una estensa leccion; sin embargo, la idea capital que presidió á su invencion no ha cambiado, y si bien ha tratado de perfeccionarse y en gran parte se ha conseguido, siempre ha sido un instrumento de prension y de traccion aplicable sobre la cabeza del feto á mayor ó menor profundidad del conducto pélvico. Hoy que existe en el arte una superabundancia de medios manuales, podríamos decir que tenemos un forceps para cada caso particular.

La aplicacion del forceps está sujeta á reglas, algunas de ellas invariables, comunes á todos los casos: otras dependientes de cada uno en particular. Lo primero que conviene establecer en todo caso es la conveniencia de la aplicacion, la oportunidad, y las probabilidades de éxito, todo lo cual supone un exacto conocimiento de la posicion del feto; del estado de las partes maternas y en particular del cuello uterino; del volúmen probable de la cabeza y sus relaciones con los diámetros pélvicos; condiciones que deben servir de base á la operacion. De aquí se desprende el órden metódico de nuestras lecciones: preliminares y generalidades de la aplicacion que comprenden todo el manual operatorio en su mayor estension, es decir, en todos los casos como base absoluta; indicaciones y contraindicaciones generales; reglas aplicables en cada posicion, las que constituyen los procedimientos de cada una de ellas; reglas para aplicar el instrumento á la cabeza despues de la estraccion del tronco en una presentacion de pélvis; forceps aplicado á las presentaciones de cara; dificultades de la aplicacion y medios de vencerlas; procedimientos particulares: pronóstico de la operacion. Es imposible concluir esta leccion sin ocuparse, aunque sea rápidamente, de un problema planteado por todos los autores, es decir, del resultado comparativo del forceps y de la version en las estrecheces pélvicas. Sostenida por unos la ventaja de aplicar en tales casos el forceps, y dando otros la preferencia á la version, es preciso conocer las razones en que se fundan una y otra opinion, á fin de descubrir de que parte está la verdad, y no titubear cuando prácticamente nos veamos obligados á elegir una de las dos operaciones para subvenir á una insuficiencia pélvica reconocida. El estudio del diferente modo de ver de cada escuela nos dará la base en qué fundar nuestro criterio; no titubeamos empero en sentar ya préviamente, y como uno de los principios de nuestro programa, que la aplicacion del forceps en los casos de estrechez constituye un procedimiento, mas general, mas razonable y mas seguro que la version; esto en tésis general y prescindiendo de aquellas condiciones puramente accidentales y fortuitas que en determinados casos pudieran dar la preferencia á la version. El forceps, pues, será para nosotros la operacion ó método de eleccion.

43. Otra cuestion algun tanto enlazada con la que indicamos es la de la fuerza aplicada á las operaciones obstétricas; cuestion práctica llevada hoy dia con gran empeño al terreno de la discusion por el conocido tocólogo de la escuela de Paris Dr. Joulin. Este autor parte del principio de que el forceps no solo es instrumento de prension, sino que puede serlo



tambien de reduccion, y en este sentido se ensancha notablemente la esfera de sus aplicaciones evitando en la misma proporcion las aplicaciones del céfalotribo. La repugnancia que se manifiesta á emplear la fuerza física enérgica en los partos es instintiva, pero debe ceder desde el momento en que el raciocinio fundado en la experimentacion y robustecido por la estadística nos dice que es una doctrina aplicable y digna de estudiarse detenidamente. El problema es empero complejo, y debe resolverse siempre sobre los datos siguientes: 1.º grado de reductibilidad de la cabeza del feto; 2.º comparacion de las fuerzas mecánica y manual; 3.º resistencia del anillo pélvico; 4.º máximum de fuerza aplicable; 5.º direccion del eje de traccion. Estas cuestiones, y otras menos importantes deben resolverse antes de fijar el problema principal. En su estudio y en el del manual operatorio, seguiremos al mismo Joulin que es quien con mas estension y mejor copia de datos se ha ocupado de ello, sin por esto dejar olvidadas las objeciones que se le han opuesto, y que deben pesar mucho en la balanza de un sano criterio.

Aceptado el método en principio y dado que sea posible con él vencer estrecheces de un número fijo, se habrá adelantado mucho evitando en algunas distocias la aplicacion del céfalotribo, puesto que despues de reducida mecánicamente la cabeza se puede vencer una resistencia que de otra suerte fuera insuperable y exigiria la deplecion del cráneo como medio de reduccion.

44. En el tercer grupo de operaciones encontramos las que se practican con instrumentos que hieren al feto ó á la madre, y de aquí la division natural en dos órdenes: 1.º embriotomía; 2.º operacion cesárea y sinfisiotomía.

Embriotomía es la dislaceracion de alguna parte del feto, y comprende en orden á los métodos empleados, 1.º Perforacion del cráneo, 2.º cefalotripsia, 3.º cefalotomía, 4.º seccion del tronco, 5.º evisceracion. La sola enunciacion de estas operaciones indica su objeto: en la primera perforando la bóveda ó la base del cráneo se obtiene la excerebracion y consecutivamente la reductibilidad notable de los diámetros; por la segunda se aplasta la cabeza por medio de los instrumentos llamados céfalotribos y el resultado final es el mismo; ambos medios se combinan muchas veces, constituyendo la craneoclastia completa. En la cefalotomía se practica la seccion del cráneo segun su diámetro vertical; en las dos últimas operaciones se intenta producir la reduccion del tronco por medio de mutilaciones de los miembros, ó bien de estraccion de las visceras de las cavidades.

Una serie de cuestiones surge aquí del estudio metódico de esta parte: en el terreno histórico encontraremos primero su gran antigüedad, pues la embriotomía viene ya descrita por Hipócrates y sucesivamente por Celso, Aecio, Pablo de Egina y los médicos árabes (Albuacis), luego las discusiones á que ha dado lugar en el terreno de la religion y de la moral y en el de la medicina legal, que han ocasionado en algunas épocas el que se relegase la operacion á los casos en que se halla muerto el feto. En segundo lugar encontramos la cuestion de oportunidad, ó mejor dicho las verdaderas indicaciones de la operacion, teniendo en cuenta que esta debe ser casi siempre operacion de necesidad mas bien que de eleccion, puesto que esto último solo cupiera en todo caso entre la embriotomía y la operacion cesárea. El estudio de las indicaciones es de mucha importancia, y sobre todo lo es su apreciacion práctica, cuya dificultad por otra parte es tal, que muchas veces hace dudar á los mas experimentados tocólogos. En cuanto al manual operatorio conviene estudiar los diversos métodos puestos en práctica, porque, si bien el resultado para el feto es igual en todos ellos, no lo es para la madre, y debemos encontrarnos siempre en estado de escoger aquel que sea mas inofensivo, ó menos peligroso, dada la gravedad intrínseca de la operacion.

La historia de la operacion cesárea en la mujer viva, no presenta tanto interes como el de la embriotomía. Como operacion tocológica es el último recurso del práctico; y el resultado de las estadísticas que confirman la gran mortandad de las mujeres operadas al lado de los pocos fetos conseguidos con vida, legitima de sobra el respeto que universalmente se tiene á una operacion á la que solo debe recurrirse cuando no hay otro medio con que librar á una infeliz mujer de una situacion crítica por estrema insuficiencia de su pélvis. En cuanto al manual operatorio no es difícil ni presenta muchas variedades que hagan extenso su estudio. Cabe hacer una apreciacion crítica entre la embriotomía y la operacion cesárea, juicio que debe basarse mas que en ningun otro dato en el estudio de las estadísticas: del resultado que este nos dé, unido al que nos han dado las anteriores comparaciones entre las diversas operaciones tocológicas, deduciremos la regla general que preside á las operaciones y sirve de pauta al práctico.

En cuanto á la simfisiotomía poco podrá ocuparnos, porque tiene ya mas valor histórico, que condiciones de aplicacion práctica.

45. Como complemento al estudio de las operaciones tocológicas de-

bemos estudiar las que se refieren al parto prematuro provocado y al aborto tambien provocado.

El parto prematuro tiene por objeto provocar la expulsion del feto antes del término natural del embarazo, y á una época en que es viable, á fin de librar á la madre de un peligro inminente de muerte. En este caso el arte no interviene mas que para hacer nacer el trabajo, el cual sigue luego sus fases hasta el término de una manera normal. Este carácter le distingue del parto forzado, en el cual el trabajo se empieza y concluye por la intervencion directa y constante del arte.

Pocas operaciones han suscitado como esta mas discusiones en el campo científico, ni sido objeto de mas apasionadas controversias. Aun hoy dia á pesar de la claridad con que se ha definido y de la precision que se ha dado á sus indicaciones, á pesar de las aclaraciones satisfactorias que ha merecido en el terreno moral y religioso, no es aceptada por muchos que consideran el parto provocado *en cualquier época*, como un verdadero atentado, jamas disculpable por las necesidades humanas, ni discutible por razones científicas. Prescindamos de esto: admitamos el parto provocado como operacion científica perfectamente legal dentro los límites en que hoy se concreta, y estudiemos, porque es cuestion profundamente práctica, 1.^o sus indicaciones; 2.^o los procederes operatorios para llevarlo á cabo. Nosotros admitimos indicaciones previstas ó lejanas, que se remontan al principio del embarazo y tienen quizás un dato irrecusable en un parto anterior; en este caso se hallan las estrecheces de cierto grado, y algunas deformidades de la pelvis. Indicaciones perentorias, imprevistas, de momento, que piden una terminacion algo rápida del embarazo, como ciertos estados patológicos de la madre, vómitos incoercibles, eclampsia, hemorragias, etc. En el primer caso podemos escojer á voluntad la época del parto, podemos prepararlo, podemos usar medios lentos; en el segundo la operacion puede ser urgente, tenemos que echar mano de aquellos medios que mas rápidamente lleven al fin propuesto.

En este mismo concepto podemos dividir en dos grupos los procedimientos operatorios: uno de accion segura y rápida; dilatacion del cuello, perforacion de las membranas. Otros mas lentos, como chorros, corrientes eléctricas, etc. (4)

El estudio de todos estos extremos, la apreciacion de los diferentes medios operatorios y la oportunidad de su aplicacion, forman el objeto de una leccion, completada con el de ciertos métodos que tienen por fin evitar el parto distócico por medio de un régimen tal de la madre durante el

embarazo, que disminuya notablemente el volumen del feto. Ya veremos en la exposicion de las lecciones el valor absoluto y relativo de estos medios, y la importancia que podemos darles en el terreno de la práctica.

En cuanto al aborto provocado: lo estudiaremos como uno de los capítulos de la obstetricia. Nos abstenemos, sin embargo, de decidarnos de un modo absoluto acerca su admisibilidad como método general, ya que sobre ello no ha dicho aun su última palabra la Ciencia, ya por que la medicina legal y la moral pública no lo admiten sino con ciertas salvedades y restricciones.

6.^a SECCION.—PATOLOGIA DEL EMBARAZO Y DEL PUERPERIO.

LECCION 46.^a—Patología del embarazo.—Vómitos: diarrea; constipacion.—Gastralgia; neuralgias periféricas.—Albuminuria: uremia. Eclampsia; parálisis urémica.—Caquexia serosa; varices y hemoroides.—Ictericia.

LECCION 47.^a—Patología del puerperio.—Fiebre puerperal. Metritis; metro-peritonitis; flebitis. Anatomía patológica; diagnóstico; pronóstico; tratamiento.

LECCION 48.^a—Ovaritis.—Flegmon de la fosa ilíaca.—Gangrena del cuello, de la vagina y de la vulva.—Fiebre efemera.—Flegmasia alba-dolens.—Fiebre miliar.

LECCION 49.^a—Enfermedades de las mamas. Mamitis; flemon y absceso de la mama; infarto mamario; galactorrea; grietas del pezón.

LECCION 50.^a—Influencia de la gestacion y del parto sobre la marcha de diversas enfermedades.

La gestacion y el puerperio son estados esencialmente fisiológicos; sin embargo hemos manifestado ya el carácter especial que revisten y que les hace convertirse fácilmente en estados patológicos. Esto puede suceder por efecto de cualquiera de las distocias de que queda hecho mérito, y puede tambien depender de la presentacion de nuevos estados orgánicos, verdaderas enfermedades sobrevenidas durante aquel estado excepcional, é íntimamente enlazadas con él. Mirando esos estados bajo el punto de vista de Joulin, quien califica de puerperio todo el tiempo trascurrido desde la concepcion hasta la reaparicion de las reglas, podríamos estudiarlos dentro un solo grupo con el nombre de enfermedades puerperales; pero de todos modos conviene para su exposicion metódica dividir las en dos, unas propias del estado de gestacion y del parto, otras

características del puerperio, tanto mas cuanto esa division no solo es de tiempo sino de carácter, siendo distinto el que afectan las dolencias sobrevenidas en una y otra época hasta el punto de formar tipos.

Las enfermedades que comunmente aparecen enlazadas con la gestacion son principalmente desórdenes de la inervacion: su carácter comun es de sobrevenir espontáneamente y desaparecer con igual facilidad despues del alumbramiento, mostrándose rebeldes á los medios terapéuticos mas eficaces en circunstancias ordinarias. Los desórdenes funcionales sumamente graves que se dejan ver bajo la influencia del embarazo no van acompañados de las lesiones anatómicas que les son propias, y despliegan aparatos sindrómicos especiales y característicos.—Se hallan en este caso y son las dolencias mas comunes, las dispepsias, vómitos, diarrea, convulsiones, parálisis y lesiones de secrecion. Estas constituyen el fondo patológico que nos ocupa, pero de tal suerte enlazadas con el estado fisiológico, que la menor espresion de las mismas se considera no como enfermedad, sino como simple signo fisiológico del embarazo (V. signos del embarazo), no existiendo entre una y otra mas que diferencia de intensidad de los síntomas.

En el segundo grupo, ó sea en las enfermedades propias del puerperio vemos predominar la purulencia. En realidad el carácter distintivo de estas enfermedades es la inflamacion, pero con una tendencia fatal, indeclinable á terminar por supuracion. La forma mas grave de las mismas, y quizás la mas frecuente es la fiebre puerperal, en sus diversas manifestaciones. A su lado existen otras supuraciones como las flebitis, abscesos ováricos y pélvicos, linfangitis, etc. enfermedades todas que podrian reunirse bajo la denominacion de *puerperitis*.

En ambos grupos, junto á esas afecciones principales, existen otras de menor importancia, y que tienen poca ó ninguna relacion con los estados neuropáticos ó flogísticos que constituyen las primeras. Su estudio menos trascendental, es sin embargo propio de este lugar.

46. Fundada y esplicada la division que establecemos de las afecciones propias del estado de gestacion y del puerperio, queda establecido el órden de su estudio. Despues de los vómitos y demás desórdenes nerviosos del aparato digestivo, entraremos en el estudio de la afeccion mas grave de este grupo, la eclampsia. En la conviccion en que estamos de que esta enfermedad reconoce por causa una viciacion de la sangre, y que esta es la uremia, debemos fijar en ella nuestra atencion, tanto mas cuanto reconoce algo de especial. La uremia y la albuminuria de las

embarazadas, no son por regla general las que se conocen con el nombre de nefritis albuminúrica; aquí está el resultado de las necropsias que deja fuera de duda que en la gran mayoría de mujeres albuminúricas víctimas de la eclampsia, no se ha reconocido la lesion anatómica característica de la enfermedad de Bright. Este hecho dá una importancia especial al estudio teórico de la eclampsia puerperal, y á su vez reviste el estudio clínico de carácter propio, pues no podemos basar las indicaciones terapéuticas en el conocimiento de una lesion anatómica conocida.

47. En el estudio de las enfermedades del segundo grupo, descuella la fiebre puerperal. Aquí surge espontáneamente la cuestion de la esencialidad de esa grave dolencia, cuestion muy debatida, por algunos definitivamente juzgada en conformidad al criterio predominante hoy dia en nosogenia. La enfermedad como carácter anatómico y como cuadro sindrómico, se presenta bajo dos formas genéricas, perfectamente distintas: la metro-peritonitis, y la metro-flebitis. A estas dos formas pueden reducirse perfectamente las distintas variedades de fiebre puerperal. En su estudio, aparte la importancia de la anatomía patológica, del diagnóstico y del tratamiento, hay una cuestion importantísima que no podemos pasar por alto, y es la de etiología, objeto tan vasto, y de soluciones prácticas tan trascendentales, que le hace digno de ocupar un lugar preferente en todo programa de obstetricia.

48. Es tan notable el estudio de esa enfermedad, que á su lado disminuye mucho de importancia, aunque indudablemente la tiene grande, el de las ovaritis, del flegmon de la fosa ilíaca, de la flegmasia alba-dolens, y de la fiebre miliar. De todas ellas deberémos ocuparnos, aunque la última puede indudablemente en muchos casos referirse á la fiebre puerperal, cuando no se halla enlazada con erupciones morbilosas reynantes epidémicamente, en cuyo caso el carácter de puerperalidad no cambia su fondo patológico, aunque sí aumenta la gravedad de sus soluciones.

49. Ultimamente, y como complemento de las enfermedades puerperales, existen las de las mamas. El estado sinérgico de estos órganos durante la gestacion, y su funcionalismo activo despues del parto, les predispone á una serie de enfermedades, no graves por lo general, pero molestas lo bastante para producir alteraciones en la integridad del organismo, y sobre todo para perturbar una funcion de tanta trascendencia como la lactancia. Su estudio es esencialmente de aplicacion práctica.

50. No puede terminarse el estudio de la obstetricia sin destinar una

pequeña parte al exámen de la influencia que tienen la gestacion y el parto sobre la marcha de algunas enfermedades. Esto completa el trabajo sintético de las últimas lecciones, y puede dar una idea de las relaciones íntimas que existen entre los estados diversos del organismo, haciendo apreciar toda la importancia de la obstetricia, no solo por el estudio intrínseco de lo que cabe dentro de esta denominacion, sino por las relaciones con otras ramas de la Ciencia médica, y en particular con la patología general, foco luminoso hoy día de todos los conocimientos médicos.

El estudio de patología particular que hemos hecho, sirve de transición natural á la segunda parte de nuestro programa, ó sea á las enfermedades propias de los órganos sexuales femeninos.
