

Cuando nos encontremos en el caso de practicar la histerotomía *post mortem*, lo primero que importa establecer es si la mujer que debe operarse está realmente muerta, dato importantísimo, puesto que se trata de los momentos que siguen inmediatamente al fallecimiento, y que pueden por lo tanto dar lugar á dudas. La falta de datos que hoy tiene la Ciencia, para reconocer la muerte inmediatamente despues de acaecida, aumenta las dificultades, tanto más, cuanto que son fáciles de presentarse más que nunca, durante la gestacion, esos estados morbosos que simulan perfectamente la muerte, como los accidentes nerviosos, las lipotimias, las hemorragias, etc. Se examinarán todos los detalles que pueden atestiguar la realidad de la muerte, pero así y todo, corre el profesor el riesgo de operar sobre una mujer viva, en lugar de hacerlo sobre un cadáver, si lo hace en el momento oportuno, es decir, mientras hay probabilidades de que el feto viva.

Hoy se prescribe en sana doctrina médica, que si al morir la mujer habia empezado el parto, no se practique la abertura del abdómen, sino que se extraiga el feto por las vías naturales. Si no hay señales de haber empezado el trabajo, y por lo tanto, tampoco facilidad de extraer el feto, se debe practicar la operacion cesárea, y esto lo más pronto posible para poder salvar el feto.

La operacion en tal caso se practica como en la mujer viva, con el mismo cuidado, y los mismos detalles, para prevenir el caso de que pudiera tratarse de una muerte aparente. Despues de extraido el feto y la placenta, se ponen los puntos de sutura exactamente de la misma manera que si la mujer viviera.

La mayor parte de fetos son extraidos sin embargo muertos, y es indudablemente porque en la mayoría de casos han sucumbido antes que la madre. Heymann y Lauge han reunido las historias de 321 operaciones cesáreas *post mortem*, y en este número solo registran 7 casos favorables (1). A pesar de este mal resultado no debe excusarse el médico de practicarla, en primer lugar porque así lo prescriben todas las legislaciones, en segundo porque, aunque esto no existiese, tiene el deber moral de procurar la vida al hijo, si eventualmente gozara de ella, bastando el haber dado buen resultado una vez, para que se esté obligado á practicarle en todos los casos.

---

(1) Siendo profesor clínico de la Facultad de Medicina de Barcelona, practiqué hasta cinco veces la operacion cesárea *post mortem*, y no conseguí sacar un solo feto vivo, sin embargo de haber operado siempre dentro los 20 minutos sucesivos á la muerte.

## III.

## Sinfisiotomía.

Esta operacion consiste en la seccion de la sínfisis del púbis. El procedimiento operatorio es muy sencillo. Despues de rasurado el monte de Vénus, se introduce un cateter en la uretra, y un ayudante se encarga de apartarla á un lado para separarla del campo de accion del bisturí. Despues de asegurarse del punto exacto en que se encuentra la sínfisis, se practica una incision vertical desde un centímetro por encima del púbis, hasta el lado del clitoris. Divididas las partes blandas, se incinde el ligamento interpúbico, cuidando que el bisturí no profundice demasiado, á fin de no herir la vejiga. La separacion de los púbis avisa al operador que se ha completado la seccion de los ligamentos que los unian.

M. Imbert (de Lyon) ha propuesto hacer la sinfisiotomía por el método subcutáneo, penetrando con un bisturí estrecho por debajo la sínfisis, haciendo luego la incision de arriba abajo y de dentro afuera, cuidando de no llegar á herir la piel.

Esta operacion está hoy dia universalmente abandonada, en términos que ni siquiera se describe en nuestros tratados de obstetricia; y es que resulta completamente inútil. La mayor separacion de los púbis no pasa de 5 centímetros, pues más allá de este limite produciria la rasgadura de las sínfisis sacro-iliacas, y la muerte inmediata. Esta separacion produce la prolongacion de los diámetros trasverso y oblicuo, pero respecto al ántero-posterior solo facilita una prolongacion de un centímetro. Solo seria aplicable por lo tanto á estrecheces mínimas, en las cuales se puede conseguir mucho mejores y seguros resultados con cualquiera otra operacion tocológica.

---



## CAPÍTULO VI.

### Operaciones vulnerantes sobre el huevo antes de su completa madurez.

El grave compromiso que resulta de una estrechez pélvica que no puede ser salvada con los medios ordinarios que no interesan el organismo de la madre ni del feto, ha hecho discurrir diferentes maneras de evitar la ejecución de las grandes operaciones vulnerantes. Una de las que han tenido mejor éxito y que realmente cumple con su fin, es la que tiene por objeto provocar el parto antes de la completa madurez del huevo, y de consiguiente á una época en que no habiendo alcanzado el feto el complemento de su desarrollo, presenta unas dimensiones proporcionadas á las reducidas que la pélvis tiene, alterada por un estado patológico. Según la época en que esto se practique, tiene significacion muy distinta la operacion. Si se provoca el parto durante los tres últimos meses de la gestacion (1), en que el feto es ya viable, la operacion es esencialmente conservadora, pues salva dos existencias; si se hace esto antes de la viabilidad del feto, es conservadora respecto de la madre, cuya salvacion es el objeto real y positivo de la operacion, pero destruye la vida del feto, lo cual le coloca en igual condicion que la céfalo-embriotomía. Estas dos maneras de adelantar el parto, segun la época en que se indica la operacion, aunque iguales en los procedimientos, constituyen dos objetos distintos. Nos ocuparemos, pues, de ellas en dos artículos distintos.—*Parto prematuro provocado, y aborto provocado.*

#### I.

##### Parto prematuro provocado.

El fin que se propone el médico al procurar el parto antes del término natural de la gestacion, pero en época en que ya es viable

(1) Recuérdese sobre la viabilidad del feto lo que dejamos dicho en la cuarta parte de este tratado, pág. 395.

el feto (después de los 180 días), es el de *conservar la vida de la madre y la del hijo*, en una de las dos situaciones siguientes: 1.<sup>a</sup> Dada una estrechez pélvica de tal grado, que no podría atravesarla la cabeza de un feto á término, de modo que será precisa para terminar el parto, ó la reduccion forzada de aquella, ó la hysterotomía, pero que si podrá franquearla antes de su completo crecimiento. 2.<sup>a</sup> Dadas unas condiciones normales del esqueleto, al presentarse una distocia accidental que amenaza sériamente la vida de los dos seres (rotura, hemorragia, eclampsia), y la experiencia ha enseñado que provocando rápidamente el parto puede salvarse por lo menos una de las dos existencias, y tal vez las dos que se hallan comprometidas.

Como se vé por lo que precede, la operacion de provocar el parto es esencialmente salvadora, y ha sido uno de los grandes progresos de la Ciencia moderna, pues evita un gran número de las tristes operaciones que antes hemos descrito. Es preciso, sin embargo, no confundir el *parto provocado prematuro* con el *parto forzado*; el primero no es más que la excitacion por procedimientos inofensivos del trabajo natural del parto antes de tiempo; de modo que la *provocacion* la hace el arte, pero la *expulsion* la realiza la naturaleza por las solas fuerzas ordinarias que concurren á esta operacion. El segundo es el parto ejecutado por la mano del operador, que empieza dilatando *mecánicamente* el cuello y termina con la extraccion artificial del feto. Esto último, pues, es ya una operacion especial que forma parte del tratamiento de algunas distocias (V. Hemorragias, pág. 595).

*Historia.*—El primero que se ocupó de la provocacion del parto prematuro, fué Macaulay, colega de W. Hunter (1756), quien la practicó con éxito completo, después de un acuerdo tomado por la mayoría de médicos de Lóndres, aceptando y aprobando los procedimientos. Después hizo igual operacion Kélly, tomando ya carta de naturaleza en Inglaterra, preconizada y practicada por las principales notabilidades del Reino Unido, Ramsbotham, Barlou, Marshall, J. Clarke, Burns, etc. No tuvo igual aceptacion la idea en el continente. Propúsola en Alemania Mai en 1799, siendo ejecutada por Wenzel en 1804, por Krauss, discípulo de Weidmann, en 1813, pero desaprobada por la gran mayoría, hasta la época de Reisinger, hácia 1820 en que empezó á reconocerse su importancia, á pesar de la oposicion de Osiander, siendo Kluge uno de sus principales preconizadores. Desde entonces acá, se ha verdaderamente popularizado la operacion, y



hoy día es Alemania el país en donde más á menudo se practica. En Holanda la introdujo J. Themmen, y se ha generalizado con la autoridad de Salomon y Wellebergh, como en Bélgica por Van Huebel. En Italia empezaron á practicarla Lovati, Billi y Ferrario, y hoy se halla generalmente admitida como procedimiento corriente en el tratamiento de las distocias. En Francia es en donde ha encontrado más viva oposicion; desde luego no se admitió la doctrina de los ingleses, y cuando á principios del siglo se trató de introducirla en la práctica tocológica, Baudelocque declaró que la provocacion del parto era, no solamente inútil y perjudicial, sino *criminal*, aun en los casos de estrechez pélvica. Baudelocque era una verdadera autoridad entre nuestros vecinos, y su palabra bastó para desacreditar la operacion, á pesar de los resultados ventajosos que de ella se obtenian ya en Inglaterra y Alemania. Esta situacion duró hasta que Stolz logró hacer ver el error en que se estaba y con pruebas prácticas convenció á los médicos de las ventajas de un procedimiento destinado á evitar otras operaciones más graves. El ilustre decano de Strasbourg y de Nancy, no solo fué el primero en practicar y propagar la operacion, sino que ha modificado favorablemente los procedimientos y los ha dado á conocer en sus escritos. En nuestra patria no hay por qué decir que se ha seguido el camino de Francia; tambien aquí estaba proscrita la provocacion del parto, y no hace muchos años que se sustentaba en algunas cátedras de medicina legal, que la provocacion prematura del parto era *siempre, en todas épocas y en todas condiciones*, un procedimiento que debia rechazar el médico como inmoral y anticientífico. La opinion se ha modificado tambien; quizás antes que en Francia se comprendió por algunos profesores las ventajas del procedimiento que nos ocupa; y de esto no juzgamos por obras escritas, de que carecemos gracias á la poca aficion de los profesores á dar á conocer sus opiniones y sus trabajos, pero sí por los hechos que conocemos, las lecciones de cátedra y los casos prácticos que lo mismo en las clínicas que en la práctica civil hemos tenido ocasion de apreciar. Hoy los más eminentes tocólogos españoles admiten el parto prematuro artificial, si bien restringen mucho sus indicaciones, limitándolos casi exclusivamente á las estrecheces pélvicas bien conocidas y apreciadas. (V. *Anales de la Sociedad ginecológica española*. 1877.)

Los adversarios del parto prematuro provocado han buscado un apoyo en la autoridad religiosa, suponiendo que se faltaba á

sus leyes siguiendo la conducta que acepta el parto provocado. Es posible que algunos casuistas así lo entiendan; pero la cuestión está resuelta por completo, después de la decisión de la Penitenciaría romana, en 1858, declarando que puede practicarse el parto prematuro, siempre y cuando se entienda por esto que el feto está bastante desarrollado, para que sacado á luz pueda vivir. Es verdad que un distinguido tocólogo español no dá esta interpretación á la decisión mencionada (1), pero es la admitida, no sólo por la mayoría de médicos católicos, sino por distinguidos teólogos. Y no puede ser de otra manera, puesto que admitida la viabilidad real del feto antes de su completo desarrollo, hecho indiscutible, la provocación del parto dentro de esta época no representa más que un acto, en virtud del cual se adelanta el momento de gozar de una vida independiente el nuevo ser, y esto con todas las garantías de salud, que es capaz de procurar la ciencia.

Hay más aun: es menester tener en cuenta que el parto prematuro no se provoca por mero capricho, sino con el objeto de evitar un conflicto en el que, ó no puede terminar el parto natural y perecen ambos seres, ó es menester acudir á la embriotomía ó á la operación cesárea. La estadística de mortalidad de estas operaciones, nos dice qué puede esperarse de ellas en beneficio de los interesados; al paso que la estadística del parto prematuro solamente presenta respecto á la madre 4 fallecimientos por 700 operadas, y respecto á los fetos 47 por 100. Compárense estos resultados y véase si no está ya autorizado, sino hasta obligado el médico á provocar en tiempo oportuno el parto, cuando se le presente la expectativa de una de aquellas operaciones, ú otra distocia amenazadora para la vida de la madre.

*Indicaciones del parto provocado.*—Estas indicaciones se desprenden del conocimiento de las distocias, y son: 1.<sup>a</sup> La estrechez pélvica hasta el tercer grado, ó todo lo más hasta los 65 centímetros; más abajo de este número tendría que provocarse antes de los siete meses, y no existiría la viabilidad real. 2.<sup>a</sup> La eclampsia. 3.<sup>a</sup> Las hemorragias. Estas indicaciones son absolutas y no pueden dejar de admitirse; la primera por ser aceptada por todos los tocólogos, las otras dos porque la provocación del parto constituye muchas veces su único tratamiento. Algunos admiten como caso de provocación del parto, la hidropesía del amnios, y

---

(1) El doctor Osorio.—Anales de la Sociedad ginecológica española.—Cuaderno 24.—1877.



los vómitos incoercibles, y por regla general todo accidente morbooso que ponga en peligro la vida de la madre y esté en relacion de causa con el embarazo. Para nosotros estas indicaciones serán simplemente condicionales, es decir, que se subordinan al conjunto de circunstancias particulares que acompañan á cada caso.

Para la fórmula de la indicacion principal, y la manera como debe conocerse, nos referimos á lo dicho en el capítulo de las estrecheces pélvicas (pág. 470), en donde dejamos consignados los fundamentos en que debia basarse el juicio del médico para formular esta indicacion, al propio tiempo que la escala gradual de estrecheces, con la época en que á cada una corresponde practicar el parto. No repetiremos lo dicho, y solamente indicaremos la dificultad que muy á menudo existe de apreciar bien los grados de estrechez, por lo cual es preciso apurar todos los medios de diagnóstico.

*Condiciones para practicar la operacion.*—Nøegele establece tres condiciones capitales, para que pueda formularse explícitamente la indicacion del parto prematuro.—1.<sup>a</sup> *Diagnóstico exacto de la conformacion de la pelvis.* Como esto acabamos de decir que no siempre es fácil, resulta que muy á menudo solo se conoce la verdadera estrechez, despues que un parto ha puesto en evidencia las dificultades ó imposibilidad de la terminacion natural. Cuando una mujer ha tenido que ser operada por medio del forceps, de la version ó de la embriotomía, no cabe duda del estado de su esqueleto; entonces estamos autorizados al presentarse otra gestacion, para proponer el parto prematuro; pero no debe procederse á él sin que un exámen minucioso nos entere del modo y grado de la estrechez para poder fijar la época de la operacion.

2.<sup>a</sup> *Determinacion lo más precisa posible de la edad del feto.*—Es necesario saber bien este dato, para no exponerse á provocar el parto en una época demasiado prematura ó ya tardía. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que 8 ó 10 dias de más en la apreciacion no influyen sobre los resultados del procedimiento.

3.<sup>a</sup> *Certeza de la vida del feto.*—Este dato puede más fácilmente que ninguno otro apreciarse por la comprobacion de los latidos del corazon.

4.<sup>a</sup> *Falta de enfermedades* de tal índole que pudieran comprometer la existencia de la madre, agravándose por la operacion.

Compréndese bien que cuando puedan reunirse todas estas condiciones, habrá una seguridad completa de que la operacion por todos conceptos está indicada y es realizable; pero debe en-

tenderse tambien que únicamente la primera es absolutamente necesaria, así como cuando parte de otros accidentes la indicacion, la comprobacion formal de estos accidentes es el punto de partida obligado del juicio médico.

MÉTODOS OPERATORIOS.—Dividimos los métodos que hay para provocar el parto, en dos grupos: 1.º *métodos de accion lenta*, 2.º *métodos de accion rápida*. Entre los primeros están los que provocan la contractilidad externa de una manera indirecta, como los baños, las fricciones, las duchas ó chorros y las corrientes eléctricas. Los segundos la excitan de una manera directa y rápida, y comprenden la puncion de las membranas del huevo, y la dilatacion artificial graduada del cuello uterino. La eleccion de uno de estos métodos ó procedimientos dependerá de la urgencia de la indicacion. Esta se plantea unas veces de una manera prevista, como sucede en las estrecheces pélvicas reconocidas con antelacion al parto; entonces somos libres de escojer cualquier procedimiento y plantearlo en el momento que juzguemos oportuno, y aunque su accion sea lenta, no perjudica al resultado final. Otras veces al contrario, la indicacion se plantea con gran premura, como sucede ante una distocia accidental que amenaza terminar pronto con la vida de la madre y del feto. Entonces el momento es obligado, y respecto al método debemos echar mano del que más pronto pueda conducirnos al fin que buscamos, es decir, el que más rápidamente excite la contractilidad uterina.

De esto se desprende tambien otra nocion, y es: que *el momento* hábil para operar, será *de eleccion* en el primer caso, cuando la indicacion es prevista, y *de necesidad*, en el segundo en que la indicacion surge inopinadamente de las complicaciones sobrevenidas.

A.—**Métodos de accion lenta.**—*Baños y frotaciones.*—Los baños, ya generales, ya semicupios frios, han sido considerados como medio apto para provocar el parto, sobre todo acompañados de frotaciones activas sobre el fondo del útero al través de las paredes abdominales y de la excitacion de los pechos. Este último medio lo aconsejó Friederich, valiéndose para ello de vejigatorios. Scanzoni aplicaba con el mismo objeto ventosas sobre el pecho. Son medios muy infieles, y á los que no se recurre hoy nunca.

*Taponamiento vaginal.*—Schoeller propuso para despertar las contracciones uterinas la aplicacion de un tapon en la vagina que esté en contacto con el cuello del útero. No hay duda que en algunos casos provoca las contracciones, como se comprueba por



el hecho de producirse este resultado cuando una hemorragia obliga á taponar, pero ordinariamente tarda mucho en producirse la contraccion, y puede muy bien una mujer llevar durante dias un tapon vaginal sin conseguir que se excite la contractilidad del útero.

*Duchas ó chorros uterinos.*—Se debe á Kiwisch la idea de emplear la ducha intravaginal para provocar el parto (1848). Para esto, colocada la mujer en la cama, ó en un baño, se aplica un especulum, y por medio de un clysobomba que tenga bastante fuerza, se dirige un chorro de agua tibia ó fria directamente sobre el cuello del útero. La duracion de cada ducha debe ser de 10 á 15 minutos y se dan en número de tres ó cuatro al dia, cuando la indicacion no es urgente; en caso opuesto deben darse mayor número. De ordinario su accion es lenta; la irritabilidad uterina ciertamente se excita por el contacto del agua; pero la verdadera contraccion tarda en aparecer. Sin embargo de esto, es un procedimiento que ha obtenido favor en la práctica, tanto por la facilidad de ejecucion, cuanto porque se le ha juzgado inofensivo. Esto último no es del todo cierto, pues se registran accidentes graves y hasta la muerte producidos por el chorro uterino.

*Inyecciones intra-uterinas.*—Este procedimiento, inventado por Cohen, consiste en inyectar dentro del cuello por medio de una jeringa á propósito 60 ú 80 gramos de agua de brea. La presencia del liquido dentro del útero provoca su irritabilidad y consecuentemente las contracciones. La inyeccion puede renovarse tantas veces como sea menester para provocar las contracciones, y con la frecuencia que exija la necesidad mayor ó menor de provocar el parto. No es un procedimiento fácil, ni tampoco muy fiel, á menos que se cónsiga una verdadera decolacion de las membranas, en cuyo caso se parece más á los procedimientos de dilatacion directa del cuello.

*Corrientes eléctricas.*—Schreiber ha propuesto aplicar las corrientes electro-farádicas para determinar las contracciones uterinas. Tripier ha preconizado tambien este medio, pero sienta que para producir efecto es menester que el excitador que se aplica al interior del útero, pase del orificio interno del cuello, pues de otra suerte no se determina la contraccion. El polo opuesto se aplica á la pared abdominal en relacion con el fondo del útero. Este procedimiento está generalmente desechado por los tocólogos por su infidelidad. En caso de tener éxito es tambien de accion tardía.

B.—**Métodos de accion rápida.**—*Puncion de las membranas.*  
 —Uno de los mejores procedimientos para provocar el parto es la puncion de las membranas. Seguida esta de la evacuacion del líquido amniótico, no tardan en declararse las contracciones uterinas, progresivamente ascendentes hasta la completa dilatacion y la expulsion del feto. Para ello han usado mucho tiempo los ingleses una simple sonda, pero como frecuentemente no se consigue con esta la perforacion, se han inventado los perforadores. El más perfecto es el de Wenzel modificado por Ed. von Siebold. Consiste en una especie de trócar curvo en el mismo sentido del eje de la excavacion, largo de 27 á 32 centímetros. Para introducirlo lleva un mandrin romo que se sustituye una vez colocada la cánula por una aguja de trócar, con la cual se hace la puncion.

Para practicar esta operacion colócase la mujer en la cama en la postura obstétrica, ó si se quiere en decúbito lateral: introdúcese el índice y el medio de la mano izquierda para fijar el cuello del útero, y servir al mismo tiempo de conductor á la cánula; tómate esta préviamente engrasada y armada de su mandrin con la mano derecha, y con mucha precaucion es conducida á lo largo de los dedos introducidos en la vagina, hasta el cuello del útero, por cuyo conducto penetra hasta tocar á las membranas. Entónces se sustituye el mandrin por el trócar, y empujándolo se perforan las membranas. Retirase el trócar y se deja salir por la cánula alguna cantidad de líquido amniótico, y luego se retira tambien la cánula, para que vayan lentamente desprendiéndose las aguas. Despues de la operacion se queda la enferma acostada tranquilamente hasta que empiecen á iniciarse los dolores, los cuales no suelen tardar más allá de doce horas. Si no se pudiese colocar bien la cánula por estar el cuello del útero muy elevado hácia atrás, se aplicará préviamente un especulum, y la introduccion de la cánula podrá entonces hacerse á la vista del operador.

Meissner ha modificado este procedimiento, de suerte que no se perforan las membranas encima mismo del orificio, sino en un punto elevado del huevo. A este objeto se sirve de una cánula, exactamente parecida á la de Wenzel, pero más larga. Se introduce estando la mujer de pié, y en vez de quedarse al nivel del orificio interno, se la dirige más hácia arriba entre las paredes del útero y las membranas, para lo cual el mango del instrumento es llevado fuertemente en direccion del periné. Cuando ha penetrado la cánula hasta dejar su extremidad libre al nivel de los lábios de



la vulva, se observa si la punta toca una region blanda, es decir, las membranas solas, ó un punto sólido, que corresponderia al feto. En el primer caso se sustituye en seguida el mandrin por la aguja, y empujándolo se perfora el huevo. Se dejan salir como 15 gramos de líquido y retira la cánula. Despues la salida de las aguas es muy lenta, de manera que tarda bastante en declararse la verdadera contraccion activa, lo cual coloca este procedimiento entre los de accion lenta.

*Dilatacion del cuello.*—El método de dilatar mecánicamente el cuello del útero es el más ventajoso, é indudablemente el de accion más rápida y segura. Para conseguir este objeto se han ideado varios procedimientos: el más antiguo, y tambien el más fácil de plantear en la mayoría de casos, es el de la introduccion de un cono de esponja preparada. Para esto se usa un cono de esponja preparada, largo de 54 milímetros, ancho de 13 milímetros en su base y de 4 á 5 en el vértice: á la base va fuertemente sujeto un cordonete que sirve para retirar despues de la operacion la esponja. Para preparar la esponja, se la empapa bien en una solucion de goma, luego se aprieta con un hilo fuerte, dándole la forma y dimensiones que hemos mencionado, y se la hace secar. Despues que está bien seca se quita el hilo y queda entonces bastante dura y compacta para poderla trabajar con un cuchillo y regularizar su forma.

Para aplicarla se vacían primero la vejiga y el recto, se coloca la paciente al través de la cama, lo mismo que para la puncion de las membranas, y penetran hasta el cuello los dedos índice y medio para servir de conductores. La esponja se coje por la base con unas pinzas encorvadas, habiéndola préviamente engrasado, y es conducida á lo largo de los dedos hasta penetrar dentro del cuello (Fig. 129). Una vez el cono ha penetrado, se retiran las pinzas, y los dedos que están en contacto con el cuello se encargan de empujarle un poco más, hasta tocar las membranas, manteniéndole en esta posicion durante 5 ó 10 minutos. Para completar la operacion puede luego introducirse en la vagina hasta tocar el cuello, un pedazo de esponja comun, del volúmen de un huevo, que sirve para sostener el cono introducido en la cavidad cervical. La mujer debe guardar cama. De ordinario en cuanto la esponja se ha dilatado, empiezan ya los dolores, y entonces puede retirarse la esponja, quedando en expectativa de lo que hace la marcha del parto. Si esta no se formalizara, se puede activar, ya por medio de duchas, ya mejor aun introdu-

ciendo otro cono de mayor calibre. Una vez bien desarrolladas las contracciones, no hay necesidad de hacer ya nada.

Joulin ha modificado ventajosamente este procedimiento. Hace la aplicacion por medio del especulum, y se sirve de dos



(Fig. 129.)—Introduccion de un cono de esponja preparada, para provocar el parto prematuro.

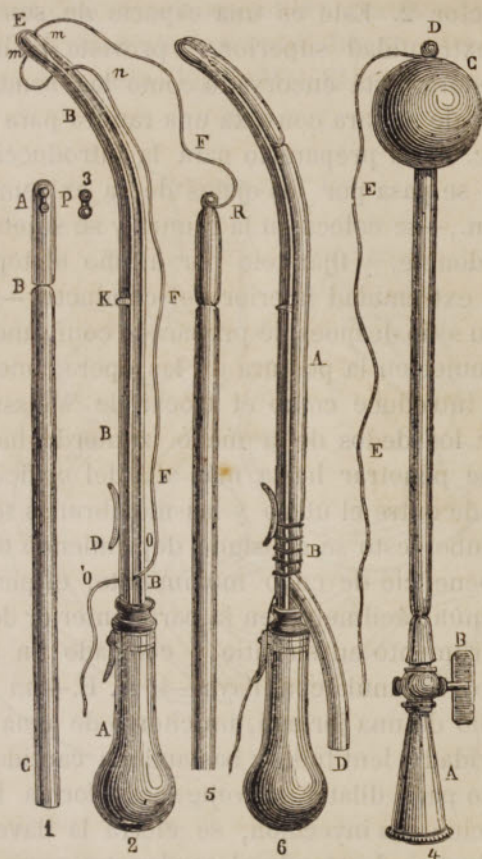
esponjas en forma de cono, una de ellas de 8 centímetros de largo por 3 de base, otra mayor de 15 de largo por 6 á la base, las cuales despues de apretadas y secas, vienen á reducir su espesor á un quinto. Cuando el orificio interno está muy cerrado, se introduce el cono pequeño, cuyo vértice pasa más allá de aquel, gracias á su flexibilidad: si el orificio interno está algo dilatado, se emplea la esponja mayor. La novedad de este procedimiento consiste en que el vértice de la esponja se dilata por encima del orificio interno, y de esta suerte separa las membranas, en aquella zona, al propio tiempo que sirve para sostener la esponja, que en este caso no necesita ya ninguna clase de taponamiento. Parece que su accion es tambien más rápida que por medio de la esponja ordinaria.

Para reemplazar la esponja preparada, se han construido di-



versos instrumentos, entre los cuales son los mejores los inventados por Tarnier y por Barnes.

El dilatador de Tarnier consiste (Fig.<sup>a</sup> 130) en un tubo de



(Fig. 130).—Dilatador intra-uterino de Tarnier.—1 Tubo de caoutchouc compuesto de dos partes desiguales; la porcion A. B. se dilata bajo la accion del agua templada que se inyecta por la extremidad.—C.—2 Conductor de metal, que lleva el tubo de caoutchouc, adaptado á una ranura de su cara convexa, á cuyo extremo se fija por medio del cordoncito de seda.—F.—3 Extremidad del tubo elástico.—6 El dilatador montado y en disposicion de introducirse en el útero.—4 El tubo de caoutchouc, con su extremidad c, dilatada por el agua; el conductor ha sido retirado, y solo se conserva el hilo E. E., que sale al exterior. A la extremidad inferior B, se ha adaptado la cánula A., provista de su correspondiente llave para recibir la inyeccion del agua.

caoutchouc del grosor de una pluma de escribir, espeso y resistente en su extension, delgado y dilatable en la extension de 4 centímetros en su extremidad superior cerrada. A esta ex-

tremidad va unido un cordoncillo de seda, (1. A. B.) que se ata al extremo del tubo, sirviéndole de alma dos perdigones, á fin de que no resbale la atadura, conforme se vé en el trazado 5 de la Fig. 130 R. y en el 3. Este cordon sirve para sujetar el tubo al conductor 2. Este es una especie de sonda de metal, roma en su extremidad superior, y provista la inferior de un mango de madera; está encorvado como las sondas uterinas, y tiene á lo largo de su cara convexa una ranura para alojar el tubo de caoutchouc. Para prepararlo para la introduccion, el cordonete del tubo se pasa por los ojales de la extremidad del conductor—2 m. n.,—se coloca en la ranura y se sujeta á ella dando vueltas al cordonete, y fijándolo por último al tope que se encuentra en la extremidad inferior del conductor—6 A. B.—Para colocarlo en su sitio despues de preparado conforme queda dicho, se coloca la mujer en la postura de las operaciones obstétricas. La cánula se introduce como el trócar de Meissner, es decir, conducido por los dedos de la mano izquierda hasta el cuello, en el que debe penetrar hasta más allá del orificio interno, de modo que quede entre el útero y las membranas toda la porcion dilatada del tubo; esto se consigue deprimiendo todo lo posible el mango, á beneficio de cuyo movimiento, el pico del instrumento se insinúa fácilmente en la parte anterior del huevo. Sostenido el instrumento en su sitio y colocado en la extremidad libre del tubo la cánula con llave—4. A. B.—un ayudante inyecta por medio de una jeringa, un chorro de agua tibia, haciéndolo con suavidad y lentitud, y bastando la cantidad de 50 gramos de líquido para dilatar la vejiga que forma la extremidad del tubo. Concluida la inyeccion, se cierra la llave y se pasa á retirar el conductor, desatando el cordonete: como el tubo está retenido por la esfera superior, basta tirar del conductor para que este abandone su sitio sin moverse el tubo. Se puede para asegurarse de que no saldrá el líquido, atar el tubo por encima de la cánula de inyeccion y retirar esta. La accion de este aparato es de irritar el segmento inferior del útero, y suele ser tan eficaz, que á las tres ó cuatro horas hay contracciones activas, y en algunos casos han sobrevenido estas al tiempo mismo de aplicar el aparato.

*El dilatador hidrostático de Barnes* es muy parecido al que acabamos de describir. Se compone de tres sacos de caoutchouc, provistos de un tubo, y que representan tres dimensiones distintas y graduadas: los sacos tienen en su parte media una coarta-



cion, lo cual les dá cuando están dilatados la forma de una calabaza. Se introducen por medio de un conductor como el de Tarnier, de suerte que corresponda encima del orificio interno del cuello la dilatacion superior, y á la cavidad del cuello la inferior. De esta suerte colocado, se inyecta agua tibia, resultando dos esferas; una que ocupa la cavidad uterina entre las paredes y el huevo, y otra que ocupa el cuello (Fig. 131). El efecto pues es doble,

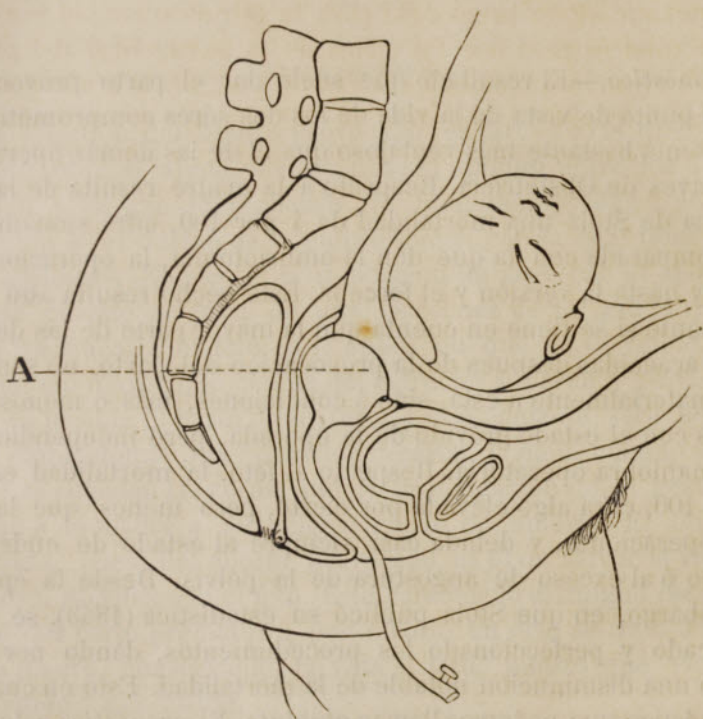


Fig. 131.—Dilatador de Barnes.—A. La esfera del dilatador hidrostático colocada en su sitio; parte corresponde fuera, y parte dentro del cuello del útero, entre el segmento inferior de este y la cabeza del feto.

produciendo la excitacion del segmento inferior y la decolacion de las membranas por un lado, y por otro la dilatacion del cuello. Barnes introduce sucesivamente los tres sacos, para conseguir gradualmente la dilatacion, pero casi nunca necesita llegar al tercero para obtener contracciones uterinas activas, apareciendo muchas veces estas, á la colocacion del primero. Su accion es tambien rápida.

**Apreciacion.**—De todos los métodos que acabamos de descri-

bir, los que tienen por objeto la dilatacion directa del cuello uterino son los más ventajosos, por ser de accion más rápida y segura, aunque alguna vez ocasionan dolores muy molestos. Parece que en algun caso han dado lugar tambien á accidentes espasmódicos, pero esto es una excepcion que no invalida el mérito y ventajas del procedimiento. Entre los procedimientos de dilatacion, el más fácil de ejecutar es el de la esponja preparada, pero es indudable que el de Barnes es más exacto y de efecto más rápido.

*Pronóstico.*—El resultado que suele dar el parto provocado, bajo el punto de vista de la vida de los dos séres comprometidos, se presenta bastante más ventajoso que el de las demás operaciones graves de Obstetricia. Respecto á la madre resulta de la estadística de Stolz una mortalidad de 4 por 100, cifra sumamente baja comparada con la que dan la embriotomía, la operacion cesárea, y hasta la version y el forceps. Este hecho resulta aun más culminante si se tiene en cuenta que la mayor parte de las defunciones acaecidas despues de la provocacion del parto, no son debidas materialmente á esta, sino á condiciones, más ó menos enlazadas con el estado grávido de la operada, pero independientes de la maniobra operatoria. Respecto al feto, la mortalidad es de 47 por 100, cifra algo elevada por cierto, pero menos que la de otras operaciones, y debida casi siempre al estado de endeblez del niño ó al exceso de angostura de la pélvis. Desde la época, sin embargo, en que Stolz publicó su estadística (1843), se han modificado y perfeccionado los procedimientos, dando por resultado una disminucion notable de la mortalidad. Esto en cuanto al pronóstico que podemos llamar *absoluto*. El *pronóstico relativo* depende de varias circunstancias; desde luego la gravedad aumenta á medida que hay necesidad de provocar el parto más prematuramente, y á proporcion tambien del mayor grado de estrechez (dentro los límites de las que indican el parto prematuro). Así cuando se puede provocar el parto á los ocho meses cumplidos, tiene el feto mucha más garantía de vivir que si ha de hacerse antes de aquella época. De la misma manera una estrechez de 85 á 90 milímetros, ofrecerá tambien más garantías que las inferiores á esos números; la razon de lo primero es porque cuanto más desarrollo haya adquirido el feto, más probabilidades tiene de resistir el cambio prematuro de su manera de vivir, y la de lo segundo, es que si tiene que atravesar una es-



trechez notable, ha de sufrir más durante el trabajo, y ese mayor sufrimiento está en razón inversa de su resistencia. Cuando el feto guarda una presentación viciosa, el pronóstico se agrava más aun, porque sobre los peligros que pueden surgir de la provocación del parto, existen los que llevan las operaciones que tal vez tengan que practicarse para modificar la presentación ó hacer la extracción.

## II.

### Aborto provocado.

La cuestión del aborto provocado es otra de las que están siempre sobre el tapete, dividiéndose la opinión entre los que lo admiten y los que lo rechazan. El fundamento lógico de esta operación es el mismo de la embriotomía, con la cual tiene muchas analogías. En efecto, la indicación de provocar el aborto se plantea cuando se trata de una estrechez de tal grado que no podrá franquearla el feto en la época en que ya es viable, por su volumen mayor que el área del estrecho superior y por lo tanto no es posible el parto prematuro, y más adelante será necesaria la embriotomía ó la operación cesárea. O bien, cuando de tal suerte se suceden las cosas, que la prolongación de la gestación expone á la madre á un peligro cierto de muerte. El objetivo constante, pues, del aborto provocado es el de salvar la vida de la madre, sacrificando el feto. Este carácter lo distingue *esencialmente* del parto prematuro, por cuanto en este se trata de salvar la madre, conservando la vida al feto, puesto que viene á luz cuando ya es viable.

No entraremos en discusión sobre la legalidad de la operación, solo la presentaremos en su estado actual, dejando que cada cual forme sobre estos datos su opinión.

Respecto al aborto provocado, hay dos criterios: el criterio religioso-moral y el criterio científico. El primero reprueba absolutamente la provocación del aborto, cualquiera que sea la razón en que se funde; no es permitido sacrificar voluntariamente un ser para beneficiar á otro. El criterio científico, formulado por varios tocólogos, y por decisiones académicas, es de que puede provocarse el aborto en los casos en que no hay otro medio de evitar la muerte de la madre (1), y éste conflicto ó

(1) Discusión de la Academia de Medicina de París, 1852.

contradiccion entre la ciencia teológica y la ciencia médica, resulta de que la primera tiene principalmente en cuenta los derechos morales y religiosos del individuo, y la segunda las necesidades fisiológicas y el derecho á la vida, que supone preferente en el sér que está ya en plena posesion de ella, sobre el que solo la tiene en expectativa problemática. Hay empero un caso, que el criterio religioso no puede resolver; aquél en que, antes de la viabilidad del feto se presenta un accidente que pone en peligro cierto la vida de la madre, y que se salvaria provocando el aborto. De no hacerlo, la madre muere, pero el hijo tampoco puede salir con vida, porque no tiene condiciones para ella, de modo que la abstencion no viene aqui legitimada por los derechos del hijo que dejan de ser atendidos. Este caso no lo resuelve, repetimos, el criterio religioso, pero nosotros no titubeariamos si se nos presentaba, en provocar el aborto, en la completa conviccion de que cumpliamos con nuestro deber moral.

Las indicaciones del aborto provocado, son: 1.º Las estrecheces pélvicas inferiores á 60 milímetros. 2.º Tumores voluminosos de la pélvis que no pueden ser ni operados ni dislocados. 3.º Estado patológico grave de la madre, *dependiente de la gestacion*, como los vómitos incoercibles, la *ictericia grave* y las enfermedades de los órganos torácicos acompañadas de asfixia. 4.º La retroversion ó retroflexion irreductibles del útero. Las dos últimas indicaciones son las que se encuentran en el caso que antes hemos expresado, es decir, que formulan la alternativa de perder los dos séres ó salvar á la madre, ante cuya alternativa no cabe vacilacion.

Para poder establecer la indicacion del aborto provocado, es necesario que sea grave el motivo, y perfectamente establecido el peligro cierto de la madre, único caso en que hay realmente una necesidad absoluta de intervenir. Además, es preciso que tal resolucion se tome siempre despues de una detenida y razonada consulta con médicos competentes. Aquí, más que en ningun otro caso, debe evitar el médico el asumir solo tan grave responsabilidad, por mucha que sea su ciencia y la autoridad que represente.

El aborto no se provoca durante el 3.º y 4.º mes, pues las condiciones de la placenta y sus adherencias pondrian en grave riesgo la vida de la madre. Por otra parte, las indicaciones del aborto no suelen presentarse en esta época.

Los procedimientos que se emplean son los mismos que



para el parto prematuro, dando la preferencia á la dilatacion mecánica del cuello. En las retroversiones del útero, como esta maniobra no es realizable, se emplea la puncion de la matriz. Evacuado el líquido amniótico por esta abertura, se hace ya posible el enderezamiento del órgano, y la terminacion por la dilatacion natural, ó provocada del cuello.

NOTA referible á la página 676.—En el capítulo en que nos ocupamos de las operaciones manuales, hemos dado la descripcion del procedimiento inventado por el Dr. Rull para la aplicacion de un lazo. Despues de escrito aquello hemos merecido del distinguido catedrático de la escuela de Barcelona la remision de un dibujo á beneficio del cual puede formarse una idea completa de la maniobra, que por el doble carácter de sencillez y precision que presenta, merece fijar la atencion de los prácticos. Hemos hecho grabar aquel dibujo, y en la imposibilidad de colocarlo á continuacion de los párrafos que al mismo se refieren, lo presentamos aquí como apéndice, continuando además una lijera modificacion al manual operatorio antes descrito.

La operacion puede dividirse en dos tiempos: PRIMERO: *Colocacion del lazo.* (Fig. 152. A.)—La mano plegada en forma de cono (M) lleva el lazo

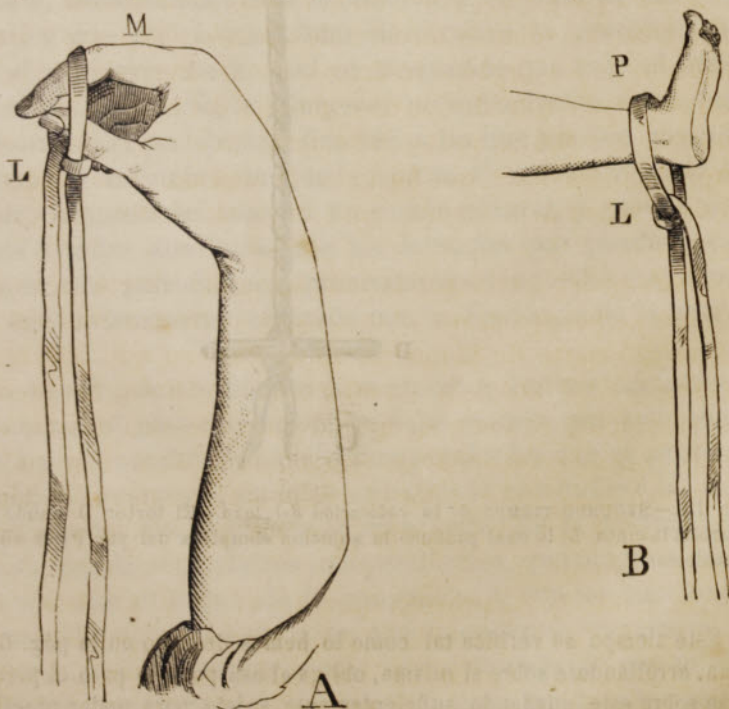


Fig. 152.—Colocacion de un lazo por el procedimiento del Dr. Rull.—Primer Tiempo.

con un nudo simple y flojo (L), por cuyo medio se introduce por la vagina dentro del útero hasta llegar á cojer el pié. Una vez este cogido, un movimiento de vaiven hace bajar el lazo hasta quedar colocado en la region maleolar, tal como viene representado en la fig. B. Puede, pues, prescindirse segun su autor del movimiento de torsion aplicada á la cinta para la colocacion del lazo, siempre que este se deslice sin dificultad á lo largo de la mano.

El *segundo tiempo*, consiste en la sujecion del lazo, por medio de la torsion de la cinta ya colocada (Fig. 135).

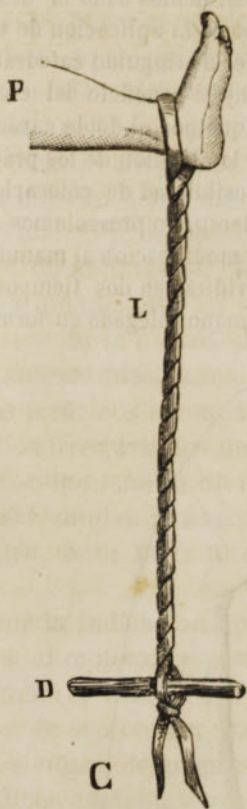


Fig. 133.—SEGUNDO TIEMPO de la colocacion del lazo.—El tortor D. dando vueltas arrolla la cinta L, lo cual produce la sujecion completa del pié P por su region maleolar.

Este tiempo se verifica tal como lo hemos descrito en la pág. 677. La cinta, arrollándose sobre sí misma, obliga al asa por que pasa el pié á apretarse sobre este, quedando suficientemente sujeto para poder practicar las tracciones, sin peligro de que se deslice.



## SEXTA PARTE.

---

# PATOLOGÍA PUERPERAL.

---

Comprendemos en esta parte de la Obstetricia el estudio de las enfermedades sobrevenidas durante el curso de las funciones de generacion, desarrolladas bajo la influencia especial de las modificaciones que en el organismo desarrollan la gestacion, el parto y el puerperio. De lo cual se desprende que bajo el nombre genérico de *Patología puerperal* no entendemos solamente las afecciones del puerperio, sino todas las que pueden presentarse desde el momento en que empieza el embarazo hasta la regresion completa del útero á su estado natural; y que no nos referimos á todas absolutamente las dolencias que pueden presentarse en este periodo, sino precisamente á aquellas cuya patogenia esté intimamente enlazada con la Fisiología de la generacion.

Es menester que nos fijemos bien en estos hechos característicos, porque, al paso que vemos en unos autores que solo comprenden bajo el nombre de afectos puerperales los que se presentan durante el puerperio, en otros se extiende el estudio á las enfermedades todas que se presentan en el curso de la gestacion y parto, aun cuando sean afectos independientes, que ninguna relacion tienen con el hecho de la generacion, y con las funciones que desarrolla el nuevo estado en que la mujer se encuentra, y que á lo más viene á figurar como una complicacion que modificará algo el pronóstico y el tratamiento, pero nó la génesis ni la naturaleza íntima de cada uno de aquellos estados morbosos.

Las enfermedades que se desarrollan en el período activo de la generacion y dentro las condiciones que acabamos de exponer, revisten caracteres especiales, en virtud de los cuales, si bien deben figurar dentro de los cuadros nosológicos, que sirven para clasificar y conocer las individualidades morbosas en Patología general, deben no obstante agruparse para constituir con ellas un grupo que complete el estudio patológico de las funciones de generacion. En este concepto, esta parte es como una continuacion de la *Distocología*, pues así como esta se ocupa de las aberraciones y anomalías de la funcion parto, ya sean esenciales ya accidentales, la que vamos ahora á empezar tiene por objeto las aberraciones morbosas de la gestacion y del puerperio. De esta manera se completa la Patología de los tres períodos ó estados de la generacion en el sexo femenino.

Este estudio es de importancia suma, por ser esencialmente práctico. Bastantes veces se presentan en la práctica hechos distócicos de todos los órdenes, pero son incomparablemente más frecuentes los afectos puerperales, y muchos de ellos más desastrosos; esto dá al estudio de esta parte un sello de interés constante, tanto más cuanto forma tambien uno de los más constantes temas de discusion en las Academias y en los centros científicos.

Para el estudio de esta parte hemos adoptado una clasificacion especial, que va comprendida en el siguiente cuadro, cuyos extremos formarán el objeto de los capitulos siguientes.



Manifestaciones circulatorias. {  
 Varices y hemorroides: hipertrofia  
 del corazon: insuficiencia valvular:  
 plétora falsa: caquexia serosa: icteri-  
 cia.

Manifestaciones nerviosas de {  
 la vida de relacion. { Parálisis: neuralgias: correa: manía  
 puerperal.

Manifestaciones nerviosas de {  
 la vida orgánica. { Gastralgia: dispepsia: vómitos incoer-  
 cibles.

Puerperismo inflamatorio. . . {  
 (Metro-peritonitis: metro-flebitis: angio-  
 leucitis: pyhoemia.

Puerperismo infeccioso ó sép- {  
 tico. . . . . } Gangrenas: septicemia: epidemias puer-  
 perales.

Flebitis obliterantes. . . . {  
 (Flegmasia *alba dolens*: flebitis cerebro-  
 meníngea: trombosis pulmonal.

Afectos remotos. . . . . {  
 (Inflamacion y absceso de la mama: grie-  
 tas del pezón: galactorrea.

Enfermedades del periodo de gestacion.

Afectos inmediatos. . . . .

Enfermedades del puerperio propiamente dicho.

Afectos remotos. . . . .

PATOLOGÍA  
**PUERPERAL.**

## CAPITULO I.

## Patología de la gestacion.

## I.

Generalidades.—Caracteres especiales de las afecciones que se presentan durante la gestacion.

Las enfermedades que se refieren al período de gestacion, presentan todas ellas algunos caracteres que vienen á formar la verdadera fisionomía de este grupo patológico. Lo que primero llama la atencion, es que por lo comun al examinarlas en sus procesos externos ó clinicos, no reconocemos mas que la exageracion de la modificacion transitoria que el hecho de la fecundacion ha llevado al organismo. En tanto es asi que en muchas ocasiones es dificil decidir si lo que vemos es simplemente uno de esos fenómenos que antes hemos estudiado como signos racionales del embarazo, ó una verdadera enfermedad que merece ser atendida y tratada para evitar funestos resultados. Si por otro lado las analizamos, no en su aspecto clinico, sino en el de la anatomía patológica, como carácter constitutivo de su naturaleza íntima, veremos de igual suerte en unos casos, la misma modificacion orgánica ó anatómica de un aparato, propia del nuevo estado de la mujer, y en otros, una falta evidente de lesiones materiales en el aparato cuyas funciones están alteradas, pero en cambio una perfecta relacion entre estas alteraciones funcionales localizadas y la alteracion orgánica de la sangre. De modo que el dicho, no por lo vulgar menos cierto, de que la gestacion es un estado intermedio entre la salud y la enfermedad, encuentra su perfecta comprobacion en la historia patológica, ya que entre signos de el embarazo fisiológico y síntomas de un embarazo patológico, y entre alteraciones orgánicas características de la gestacion normal y alteraciones anatómicas significativas de la gestacion patológica, no hay mas que diferencia de grado ó de inten-



sidad. Solamente que dentro las sanas doctrinas médicas debemos formular de otra manera esas ideas. Hé aquí cómo lo comprendemos nosotros.

Las alteraciones anatómicas impresas al organismo por la gestacion, y por lo tanto las manifestaciones funcionales que á ellas corresponden no son hechos patológicos, son simplemente modificaciones accidentales que responden á nuevas necesidades que han sobrevenido y que son tambien transitorias. Pero en un momento dado puede aquella modificacion no responder en absoluto á la necesidad que la exigia, y entonces resulta sin aplicacion; es en la economía orgánica un elemento supérfluo, y en este terreno lo supérfluo se hace rápidamente pernicioso; entonces pasa á elemento patológico. Un ejemplo aclarará estas ideas. La hipertrofia del corazon es un fenómeno anatómico transitorio del parto y responde á la necesidad de suplir por la mayor graduacion de la fuerza impelente la menor densidad de la sangre. Esta á su vez se encuentra profundamente modificada en su constitucion, por las necesidades que experimenta el nuevo sér y á las cuales provee directamente aquel tejido líquido de la madre. Ahora bien; mientras estos tres elementos, nutricion del embrion, sangre de la madre y corazón estén perfectamente nivelados, ni la hipoglobulia, ni la hipertrofia cardiaca representarán estados morbosos, verdaderamente tales, sino simples modificaciones orgánicas transitorias que responden á las necesidades fisiológicas nuevamente creadas. Pero desde el momento en que la modificacion plástica de la sangre es un poco mayor de lo que necesitan las nuevas funciones, se presenta ya con un exceso de elementos líquidos; la compensacion cardiaca ha de ser mayor tambien, y á ella no responde la suficiencia valvular de la aorta, en una palabra, escalon tras escalon se llega á un desequilibrio tal entre las funciones enlazadas, que no puede menos que traducirse por síntomas característicos de una funcion esencial profundamente alterada. Hé aquí el estado morbozo. Por esto podemos decir que la gestacion predispone á ciertos grupos de enfermedades, cuyo gérmen lleva en las mismas modificaciones que constituyen su esencia orgánica.

Dicese generalmente que es un carácter comun á todas las enfermedades de la gestacion, el ser verdaderas neuroses. Estamos conformes respecto á la manifestacion sintomática; en la gran mayoría de casos son neuroses las manifestaciones de la patología puerperal, pero no convenimos en que estas dependan de una

lesion esencial del sistema nervioso, ó sea una simple perturbacion funcional sin lesion orgánica. La génesis de las afecciones de la gestacion viene representada segun nuestro criterio por la alteracion de la sangre, y esto, no solo respecto á las lijeras perturbaciones que apenas se diferencian de un estado completamente sano, sino tambien respecto á los grandes trastornos que ocasionan enfermedades graves y á veces mortales. El carácter nervioso que á pesar de esto revisten los sintomas, nos lo explica perfectamente la íntima relacion que existe entre los dos sistemas circulatorio y sanguíneo. Constituyen éstos dos fuerzas que únicamente marchando paralelas y en perfecta armonía pueden regir todas las funciones: cualquiera alteracion en una de ellas, produce perturbacion en la otra. Bajo la influencia de la gestacion, la iniciativa parte de la sangre; modificada esta, llega al cerebro en condiciones poco á propósito para actuar sobre las células cerebrales, y como por otra parte lleva un empuje mayor que de ordinario, se produce un estado de plenitud de los vasos, seguido muchas veces de lijera trasudacion sanguínea, suficiente para producir una profunda alteracion en las funciones encomendadas al sistema nervioso (1).

Hay otras afecciones en las que ni exteriormente se vé el carácter nervioso, sino que los síntomas, lo mismo que la causa fundamental de ellos, son circulatorios, como por ejemplo el síncope, las infiltraciones y derrames serosos, la ictericia grave, etcétera. Todo lo cual contribuye á que, modificando algo la opinion de los autores, digamos que las alteraciones morbosas del período de la gestacion, deben referirse á una alteracion orgánica del sistema circulatorio (lo mismo del contenido que del continente), aunque las manifestaciones sintomáticas, vengán representadas muy á menudo por alteraciones del sistema nervioso, ya de la vida de relacion, ya de la vida orgánica.

Otro carácter genérico de este grupo de enfermedades encontramos en su curso. Por lo regular aparecen de una manera súbita, y van progresivamente creciendo hasta tomar proporciones alarmantes, sin que pueda demostrarse la presencia de una causa determinante manifiesta, por lo cual se califican de génesis automática. Pero de la misma manera que se formalizan desaparecen. Y en esta desaparicion tambien rápida y muchas veces imprevista, encontramos una relacion marcada con ciertos fenómenos accidentales

---

(1) Véase para comprender estos fenómenos, *Patogenia de la eclampsia*, pág. 572.



del mismo embarazo. Así, por ejemplo, los síntomas más graves desaparecen casi constantemente por uno de los tres hechos siguientes: 1.º por el parto, terminacion natural de la gestacion; 2.º por la muerte del feto, terminacion patológica ó anormal de la misma; y 3.º por la presencia de una enfermedad aguda intercurrente, como la neumonia, la fiebre tifoidea, una fiebre eruptiva, etcétera. Los dos primeros resultados son lógicos, porque en cuanto desaparece la actividad del feto, natural ó anormalmente, cesan tambien las actividades maternas que á ella se refieren; lo que empero no se explica satisfactoriamente es la facilidad y rapidez con que esto sucede, teniendo en cuenta que la alteracion funcional se referia á una lesion anatómica, que no puede desaparecer con la misma velocidad. El tercer resultado se comprende teniendo en cuenta que la alteracion orgánica que representa la enfermedad nuevamente sobrevenida, subyuga á la anterior, hay una verdadera sustitucion de actividades, en virtud de la cual queda dominando todo el campo funcional la perturbacion morbosa intercurrente. Esta puede ser tan grave que produzca la muerte del feto, hecho, por desgracia frecuente, y entonces termina el cuadro de las alteraciones puerperales con el aborto ó el parto prematuro del feto muerto, siguiendo á pesar de esto su marcha regular la enfermedad causal (1).

Se ha dicho por algunos que el estado de gestacion producía la inmunidad para las enfermedades comunes, supuesto que las propias de la gestacion eran las únicas que se presentaban. La experiencia nos ha convencido de lo errónea que es esta proposicion. No solo no sucede así, sino que, como acabamos de exponer, las enfermedades comunes intercurrentes, dominan á los estados patológicos de la gestacion. La mujer embarazada, por el hecho mismo de encontrarse en tal estado está más expuesta á las enfermedades epidémicas y contagiosas, que toman en ella un alto grado de gravedad. En cuanto á las enfermedades comunes, no conocemos ningun hecho que pruebe sean menos frecuentes en las mujeres embarazadas, al paso que resulta de las estadísticas que siempre es el embarazo una razon de mayor gravedad para el pronóstico de toda clase de afecciones agudas. Las enfer-

(1) Estos hechos pueden estudiarse ámpliamente en las epidemias exóticas, en las cuales se pueden ver tres resultados distintos. 1.º afectarse la madre, y seguir su curso sin que se interese el feto; 2.º afectarse la madre y el feto, y ser este expulsado antes de la curacion ó de la muerte de la madre; 3.º afectarse primero el feto, ser expulsado y en seguida afectarse tambien la madre, que por lo regular muere. (*Estudios sobre las epidemias de cólera y Memoria sobre la fiebre amarilla de Barcelona en 1870, por la Academia de Medicina de Barcelona.*)

medades crónicas, preexistentes ya al estado de embarazo, se ven alguna vez modificadas en su curso, ó por lo menos suspendida su marcha, durante la gestacion, pero siguen despues de esta casi siempre agravadas, sobre todo las de carácter diatésico.

Dadas estas nociones generales, como aplicables á los estados patológicos del embarazo, pasemos á estudiarlos individualmente partiendo de las dos agrupaciones en que los hemos reunido: 1.º Estados morbosos caracterizados exteriormente por alteraciones del sistema circulatorio. 2.º Estados morbosos caracterizados por perturbaciones del sistema nervioso. Estas pueden referirse á la vida orgánica y á la de relacion.

## II.

### Afecciones del sistema circulatorio.

**Varices y hemorroides.**—Encontramos ante todo un grupo de afecciones ocasionadas por accion mecánica. La compresion que el útero grávido ejerce sobre los órganos inmediatos, se deja sentir con preferencia sobre las venas iliacas, y de aquí dos órdenes de alteraciones; unas que están constituidas por la dilatacion de los plexos hemorroidales, dando lugar á las hemorroides; otras por la dilatacion de las venas de los miembros inferiores produciendo las varices. Unas y otras tienen poca importancia bajo el punto de vista de su gravedad absoluta, pero son fenómenos molestos y que de ordinario persisten mucho tiempo despues de terminada la gestacion. Sin embargo de esta inocuidad ordinaria, pueden dar lugar á accidentes terribles; las varices pueden inflamarse; entonces se presentan en el trayecto de las venas unas nudosidades duras y dolorosas, la inflamacion puede llegar hasta producir abscesos y la rotura de las venas con su correspondiente hemorragia. Parece que se ha visto tambien la embolia como resultado de la migracion de un coágulo procedente de estas inflamaciones. Las hemorroides pueden tambien inflamarse, pero no tienen nunca la terminacion grave de las varices de los miembros.

Estas deben tratarse por la compresion metódica, y si llegasen á inflamarse, la primera atencion ha de ser el reposo absoluto en decúbito horizontal, las aplicaciones emolientes y las unturas mercuriales, con objeto de combatir enérgicamente la inflamacion. Si se presentare una hemorragia por rotura de una vena, es preciso hacer la compresion del vaso *por debajo* del pun-



to lesionado.—El tratamiento de las hemorroides es siempre sintomático, y uno de los medios mejores para calmar el dolor y hasta para obrar sobre la dilatacion vascular es la aplicacion del frio.

**Lesiones cardiacas.**—La hipertrofia fisiológica del ventriculo izquierdo es un medio compensador, que en los casos ordinarios no produce ningun accidente particular, pero puede ir acompañada de insuficiencia valvular, y en este caso desplegar poco á poco una série de sintomas sumamente graves. Es indudable que la difnea que tan á menudo experimentan las embarazadas, lo mismo que los vértigos y el síncope, no reconocen otra causa que esa lesion bien conocida del corazon. Sin embargo, aun cuando estos sintomas son muy molestos, y no dejan de ser algo peligrosos, por lo regular desaparecen rápida y completamente despues del parto. Queda no obstante una mala predisposicion, y en muchos casos, cuando aquellos accidentes han sido algo graduados durante una gestacion, y más aun si se han repetido en dos ó tres gestaciones sucesivas, hemos visto quedar ya definitivamente constituida la lesion valvular, y establecida por lo tanto una enfermedad cuyas últimas consecuencias no hay por qué mencionarlas, siendo como son casi siempre fatales.

Aun hay más. Las palpitaciones, los vértigos, los síncope pueden hacerse muy repetidos, y poco á poco desarrollar durante la gestacion un estado verdaderamente alarmante. Vienen los accesos de sofocacion, se hace así permanente un estado de semi-asfisia, pónese la cara cianótica, las extremidades se infiltran de una manera notable, amagan sintomas de congestion activa cerebral consecutiva á la dificultad en el retorno de la sangre venosa, en una palabra, vese la paciente amenazada de una muerte por asfisia. Tan grave puede presentarse este conjunto sintomático, que obligue á plantear sériamente la indicacion del parto prematuro ó del aborto provocado, uno de los pocos casos en que este último tiene razon de ser dentro de una rigurosa moral médica. Felizmente no es esto lo comun, y aunque se presenten palpitaciones, y vértigos y síncope, fenómenos estos últimos que se provocan con suma facilidad por cualquier pequeña causa fisica ó moral, aunque esta persista durante la mayor parte de la gestacion, no suele llegar á un extremo tal que ponga en peligro inmediato la vida de la mujer.

Como medio calmante ó paliativo de esos estados, no como radicalmente curativo, que ya se comprende no es posible, nos han dado buenos resultados los medicamentos diuréticos, unidos

á los tónicos. Es indudable que, aunque la causa principal de los síntomas descritos reside en la lesion del corazon, tiene una buena parte en ellos la alteracion en la constitucion de la sangre, así es que cuanto tiende á dar á esta mejores condiciones, aminorará aquellos síntomas. Los diuréticos que procuran la eliminacion de elementos líquidos de la sangre, y los tónicos que le proporcionan elementos plásticos, responden racionalmente á las necesidades del organismo.

**Falsa plétora.**—Es frecuente observar en las mujeres embarazadas un conjunto de síntomas caracterizados por pesadez de cabeza y cefalalgia, dificultad en la respiracion, zumbido de oídos, arrebatos de sangre hácia la cara, astriccion de garganta y pulso bastante lento y al parecer lleno, á lo cual acompaña de ordinario una especie de hinchazon de las venas de los miembros superiores. Estos síntomas independientes de alteracion cardíaca, puesto que pueden observarse sin apreciacion de los que caracterizan la insuficiencia valvular, se refieren generalmente al estado plétórico, y tal es su frecuencia, que en ello se fundó la opinion tan generalizada de que la plétora constituia el estado propio de la gestacion, y para remediarlo se acudía constantemente á las evacuaciones sanguíneas. En otra parte de este libro hemos puesto de manifiesto lo erróneo de esta opinion (pág. 202), hija de una mala apreciacion de los fenómenos sintomáticos. Salvo rarísimas excepciones, los síntomas descritos lo son de la falsa plétora, ó *plétora serosa*, y la prueba de ello la encontramos en los caracteres bien apreciados de la circulacion, como el soplo carotideo y la depresibilidad del pulso, en los edemas que no dejan de presentarse, y sobre todo en la constitucion de la sangre.

En algunos casos, ese estado se modifica y hasta desaparece con solo una buena alimentacion, y el ejercicio al aire libre y puro del campo, y si esto no es suficiente, suelen combatirlo bien los medicamentos tónicos, en especial el hierro.

**Caquexia serosa.**—Esta manifestacion patológica viene á ser el grado más adelantado de la anterior, por la cual suele empezar. Stoltz, que es quien mejor ha estudiado esta afeccion, colocándola en el cuadro nosológico que hoy ocupa, admite de ella dos formas, la *crónica* y la *aguda*.

La *forma crónica* es una consecuencia inmediata del estado especial de la sangre durante la gestacion, á la cual se unen un temperamento linfático y una constitucion pobre como precedente ó disposicion, y las gestaciones repetidas, ó la lactancia prolon-



gada, como causas más inmediatas. La génesis orgánica se refiere principalmente á una lesion de los nervios vaso-motores, en virtud de la cual no se verifica bien la circulacion y se produce la hidroemia. Admite Stoltz tambien tres grados de caquexia serosa. 1.º El edema se limita á las extremidades inferiores, empezando por los piés y ascendiendo todo lo más hasta los muslos y las partes genitales. No hay grandes desórdenes generales y si solo dificultad en la progresion y en los movimientos.—2.º La infiltracion se generaliza y llega á invadir notablemente la cara, el cuello y las paredes abdominales, en cuya parte inferior se forma una especie de rodete característico. Existe ya la difnea, y la enferma no puede guardar la posicion horizontal.—3.º Se desarrollan colecciones en las cavidades serosas, especialmente el peritoneo y la pleura; si llegan á formarse en la serosa cerebral, la enfermedad se hace rápidamente mortal. El edema es en este grado renitente, no conservando la piel la depresion que le imprime el dedo; las orinas son pálidas, hay diarrea, y los síntomas de parte de la respiracion y la circulacion se exageran, siendo grande la difnea y presentándose el pulso pequeño y contraido. Si la enferma resiste este conjunto y se realiza el parto, los edemas desaparecen con rapidez, sobre todo despues de establecida y entretenida la secrecion láctea, pero queda en un estado de debilidad suma y con una notable disposicion á la formacion de edemas. Otras veces no desaparece del todo con el parto, la debilidad resultante es notable, la enferma va perdiendo paulatinamente las fuerzas, y acaba por sucumbir en un estado visiblemente anémico. Cuando muere en el curso de la gestacion, en el período álgido de la caquexia, sucumbe á un síncope, á la asfixia ó á la apoplejía serosa cerebral.

Esta enfermedad, que es gravisima cuando alcanza los últimos grados, debe tratarse con los tónicos reconstituyentes, los diuréticos y los purgantes salinos. Puede tambien hacer plantear la indicacion del parto prematuro provocado, ó del aborto, aunque este último raramente, porque la dolencia tiene un carácter progresivo; no se inicia hasta el tercero ó cuarto mes, y si adquiere el máximum de gravedad, el grado que obligaria á evacuar la matriz, es ya en las últimas semanas del embarazo.

La *forma aguda febril*, solo se observa en las últimas semanas de la gestacion, y algunas veces en el puerperio, en cuyo caso ha sido precedida de la caquexia de forma crónica que no ha desaparecido por el parto. La enferma se vé acometida por escalofrios; la infiltracion, empezando por el edema de la cara,

progresa rápidamente; el pulso se pone duro y frecuente, el calor aumenta de 1 á 2 grados, y si sobreviene despues del parto hay supresion de los loquios. Frecuentemente termina por la muerte, ya producida por esta especie de anemia aguda, ya más fácilmente por una complicacion mneumónica, ó por un derrame seroso cerebral.

Para el tratamiento de esta forma de caquexia serosa, Stoltz y su discípulo Chalot, aconsejan el método contra-estimulante, y principalmente la escila y la digital. En caso de presentar suma gravedad, debe procederse á provocar el parto prematuro (1).

*Ictericia.*—Es esta una de las afecciones que más gravedad pueden llegar á adquirir en el curso de un embarazo. El origen de la ictericia puede referirse en las embarazadas á dos causas orgánicas distintas. En unos casos es puramente un síntoma de la hepatitis, y segun algunos de la *atrofia amarilla aguda del higado*, en cuyo caso no tiene con la gestacion más relaciones que de coincidencia, puesto que esta enfermedad puede padecerla cualquiera bajo la accion de causas comunes. Pero hay otro origen especial referible á la gestacion, y es el que describe Davidsohn. Por el hecho de la gestacion, dice este autor, los ácidos de la bilis no son excretados convenientemente, por la misma razon probablemente que ocasiona la albuminuria. En contacto entonces con la sangre, producen en esta una especie de intoxicacion, que se traduce por la alteracion de las grandes glándulas abdominales, y en especial por la degeneracion adiposa del higado, de todo lo cual es síntoma la ictericia.

La ictericia á veces es simple, y apenas presenta otro síntoma que la coloracion amarilla de los tegumentos, las mucosas y las orinas, pero cuando se hace grave se acompaña de los síntomas propios de la hepatitis: dolor en la region del higado, alteraciones de parte del aparato digestivo, en especial vómitos, cefalalgia y edemas. En su último periodo presenta los síntomas de un estado adinámico muy marcado. Puede verse en dos formas distintas, *aguda* y *crónica*; la primera desarrolla rápidamente los síntomas de la inflamacion aguda, con gran movimiento febril, y puede hacerse prontamente mortal. La segunda va presentando lenta y sucesivamente los síntomas descritos, sin desarrollar verdadera calentura, hasta que los vómitos continuados, y la forma-

---

(1) La mayor parte de casos de esta dolencia los refiere Stoltz al puerperio, en el que parece vienen á representar una forma de la calentura puerperal. Nosotros no hemos tenido ocasion de observarla personalmente, pero nos parece propia de los climas septentrionales, y referible casi siempre á los enfriamientos súbitos.



cion de los edemas, dan lugar á que se formalice el estado adinámico, y entonces pueden verse accesos de calentura lenta ó consuntiva.

El tratamiento de la ictericia es muy difícil de formalizar, sobre todo cuando existe ya la degeneración adiposa del hígado, lesión que está fuera del alcance de la terapéutica. En la forma aguda puede emplearse el tratamiento antiflogístico. En la forma crónica debe esperarse todo de los purgantes salinos, los diuréticos y los tónicos. En su primer período es de utilidad el emético. Si el conjunto de síntomas graves, ya llegado á constituir una adinamia, amenazara causar la muerte de la madre, se establecerá la indicación del parto prematuro, ó del aborto provocado, con las reservas y las condiciones que al hablar de este asunto hemos establecido anteriormente.

### III.

#### Afecciones del sistema nervioso.

**A.—Perturbaciones del sistema nervioso de la vida de relación.**—*Parálisis.*—La anemia puede producir parálisis en vez de convulsiones, ó sucesivamente como consecuencia de estas, pero existe otra clase de parálisis esenciales, que no reconocen otra causa mas que la gestación, ó mejor dicho, la alteración sufrida por la sangre y traducida en la motilidad. Generalmente son hemiplegias, como en los casos de Lever y Churchill, ó parálisis faciales. No presentan otro síntoma mas que la falta de movimiento de las regiones afectadas de la lesión, y suelen desaparecer con el parto.—El tratamiento puede establecerse simplemente con los estimulantes sobre la región afectada, los baños termales, y sobre todo la aplicación de corrientes eléctricas.

*Neuralgias.*—Es una de las afecciones más frecuentes del embarazo, pero poco grave. Su sitio predilecto son los ramos del quinto par, en donde toma todas las formas, desde la odontalgia hasta el *tic doloroso*. Puede verse también la neuralgia intercostal, y aunque menos frecuente, la ciática. Es una enfermedad muy rebelde á toda clase de tratamientos, lo cual hace la desesperación de las pacientes y del médico, pero cesa espontáneamente cuando menos se espera, y sobre todo de una manera constante en cuanto se realiza el parto. Algunas veces toma la forma intermitente, presentándose el dolor todos los días y á la misma hora, unas veces en el mismo ramo nervioso, otras cam-

biando de sitio, y casi siempre sin ir acompañada de ningun otro trastorno.

El mejor medio de combatir esas neuralgias es por medio de inyecciones hipodérmicas de morfina, y en algunos casos, si esto no diere resultado, iguales inyecciones de sulfato de atropina. Fuera de esto, se usan con más ó menos éxito los opiados, los revulsivos, el bromuro potásico, etc., pero todo con muy pocos resultados. Cuando afectasen la forma intermitente, se administrará con ventaja el valerianato de quinina.

*Corea.*—Esta neurose se ha observado algunas veces en mujeres de temperamento nervioso exagerado, y casi siempre bajo la accion de una causa conocida, como una emocion, la administracion de una sangría, etc. Es enfermedad poco importante bajo el punto de vista del pronóstico, aunque no deja de ser muy molesta para la que tiene que sufrirla. Se combate con los antiespasmódicos y especialmente con el bromuro potásico.

*Mania puerperal.*—Las aberraciones de la inteligencia son algunas veces resultado de la gestacion. Una prueba de que esta ejerce una decidida influencia sobre las manifestaciones psíquicas, la tenemos en los antojos que casi constantemente acompañan el embarazo y que pueden llegar á graduarse hasta afectar la forma de notables extravagancias; pues bien, estos antojos pueden considerarse como el primer grado de la aberracion intelectual. Para que realmente tomen esas aberraciones el carácter de enagenaciones mentales, creen la mayoría de autores que es menester exista en el individuo una causa predisponente, siendo la más poderosa y significativa en este órden, la herencia, y despues de ella una predisposicion individual, que puede reconocerse en la mayoría de sujetos de todas condiciones afectados de vesanias. La enagenacion cuando se comprueba suele tener un aspecto tranquilo; una de las formas más comunes es la melancolia; y despues de esta la manía general: las monomanías son menos frecuentes. En la mayoría de casos la enfermedad se establece progresivamente, y llega á su máximum ya cerca del fin de la gestacion, para desaparecer al terminar esta por el parto. En algunas ocasiones se ha visto á la manía tomar la forma aguda delirante, en cuyo caso se confunde con las enfermedades de los centros cerebrales y tal vez alguna de estas graves dolencias se haya tomado por manía aguda, lo cual no deja de ser un inconveniente al tratar de establecer su tratamiento. En cuanto á los síntomas que esos estados presentan, nos referimos á los tratados de



vesanias, pues bajo este punto de vista no se distinguen de las enagenaciones comunes.

La manía puerperal es menos grave que la misma enfermedad desarrollada por otras causas, y la mayor parte de las veces se cura por completo, sin haber empleado medicacion alguna, despues del parto. Solamente queda una predisposicion, pues es un hecho comprobado por la experiencia, que una mujer que ha sido maniaca en una gestacion, muy fácilmente sufre igual dolencia en las sucesivas.

El tratamiento de lá manía puerperal es sumamente vago, en lo cual no se diferencia de las formas comunes de manía. Lo regular es establecer una completa expectacion, limitándose á vigilar á la enferma, y proporcionarle todas las atenciones y medios morales que sean capaces de distraer su espíritu; en el caso de tomar la forma aguda-delirante, es cuando debe proveerse á su seguridad y á garantir la salud del feto que la enferma lleva en su seno. Si apareciesen con ella sintomas congestivos cefálicos, se tratará conforme su índole lo exija.

La manía puerperal dá lugar muchas veces á consultas médico-legales sobre la responsabilidad que puede haber á una mujer por sus actos punibles. El hecho puede variar hasta el infinito en sus formas, pero las más de las veces se refiere á la monomania de la destruccion ó del robo. La solucion deberá darse segun cada caso particular, pero para que sirva de base científica al criterio á que aquella debe adaptarse, diremos que el hecho de la gestacion puede crear y muchas veces desarrollar un estado de enagenacion mental; y que durante este la mujer obra sin razon, y por lo tanto no le cabe responsabilidad de sus actos. Sin embargo, antes de aplicar este criterio, es preciso estudiar mucho el caso y los hechos que le acompañan y obrar con suma prudencia, supuesto que la ficcion es posible, y solo cuando todo pruebe que esta no existe, es cuando se puede creer en la enagenacion, y obrar en consecuencia.

**B.—Perturbaciones del sistema nervioso de la vida orgánica.**—*Gastralgia.*—La gastralgia es muy comun en el embarazo, y con ella la dispepsia, la anorexia, la pica, en una palabra, todos los desórdenes de la sensibilidad orgánica del tubo digestivo. Este aparato parece ser el más comunmente afectado, y el que presenta los ejemplares más notables de aberracion nerviosa.

*Vómitos.*—Esta es la enfermedad más notable de este grupo. —De ordinario los vómitos no significan un verdadero estado morbozo, puesto que por su constancia y sin ninguna influencia sobre la salud general, se han colocado como una manifestacion casi fisiológica sintomática del embarazo. Los vómitos ordinariamente se presentan en poca cantidad cuando el estómago está vacío en los primeros meses de la gestacion, y despues de las comidas en los últimos, pero sin ir acompañados de alteracion notable en las demás funciones. Ese estado, sin embargo, puede cambiar, hacerse el vómito frecuente y sostenido, cualquiera sustancia que se ingiera es inmediatamente devuelta, y esta susceptibilidad tan exajerada del estómago no cede á ninguna clase de medicacion. A estos se ha llamado *vómitos incoercibles*.

Los vómitos vienen generalmente precedidos de un periodo prodrómico, caracterizado por inapetencia, antojos, náuseas, y últimamente por los vómitos matinales. Ya establecidos estos, pueden afectar dos formas: la lijera ó leve, y la grave. En la primera el vómito repite á menudo, ya de líquidos procedentes del estómago y de bilis, ya de sustancias alimenticias; insisten, se hacen rebeldes á todo tratamiento, pero el estado general se resiente poco; todo lo más se observa algun enflaquecimiento, decaimiento de fuerzas y la tristeza que acompaña á tales molestias. La forma grave es ya distinta. Dubois estableció para esta tres grados distintos, ó tres periodos de progresion de la enfermedad: en el primero los vómitos se hacen casi constantes cada vez que se toma algun alimento; empieza á presentarse el enflaquecimiento, acompañado de una repugnancia grande para los alimentos y una sed viva que no puede satisfacerse porque excita más al vómito. A veces se tolera algun alimento, sobre todo cuando es caprichoso; esto sostiene un poco las fuerzas, pero suele ir acompañado de gastralgia. Sufré la enferma dolores epigástricos que se exacerban por la presion, y es victima de un insomnio pertinaz. Si viene el parto ó el aborto antes de que pase á otro grado, la enfermedad se cura rápidamente.—En el *segundo periodo* se agravan los síntomas: casi siempre aparece la calentura, pudiendo llegar la frecuencia del pulso hasta 130 pulsaciones; los vómitos son constantes, y los materiales expelidos son ácidos. El enflaquecimiento adelanta, la enferma tiene que postrarse en la cama, los dolores epigástricos son vivos, la lengua seca y á veces cubierta de placas de muguet. La enferma se vuelve indiferente para todo lo que le rodea.—El *tercer periodo* es la conclusion por



adinamia completa de ese estado patológico. Preséntanse las alucinaciones mentales, los trastornos de la vision, los síncope, el pulso está pequeño y filiforme; el vómito se suspende para ser reemplazado por el hipo y las náuseas, y la enferma sucumbe en un estado comatoso.

El diagnóstico de esta afeccion no es difícil en absoluto, pero no así si se quiere apreciar su patogenia. Puede preguntarse: ¿los vómitos incoercibles son siempre, como hemos indicado, una perturbacion de la inervacion del trisplánico, promovido por el estado de gestacion? A esto no puede contestarse afirmativamente. Es cierto que los vómitos leves, y en muchísimos casos los de carácter grave, no tienen más significacion que esta, es decir, la de un efecto marcado de una perturbacion nerviosa. Pero pueden tambien referirse á una lesion orgánica del estómago. Recordamos perfectamente, de la época en que seguíamos nuestros estudios, una enferma afecta de vómitos incoercibles, diagnosticados de sintomáticos del embarazo, fallecida inmediatamente despues del parto prematuro, espontáneo, en cuya autopsia encontramos en el estómago la úlcera redonda de Cruveillier. Despues de este hecho hemos visto en varias ocasiones continuar los vómitos despues del parto con todos los sintomas de un reblandecimiento de la mucosa gástrica, de modo que no puede dudarse que en algunos casos más que de una neurose simple, enlazada con la gestacion, se trata de una lesion profunda de los tejidos que componen el estómago, agravada quizás por el hecho de la gestacion, pero no creada por esta. Como ampliacion de estos conocimientos ha querido suponer algun autor que siempre que existian los vómitos incoercibles, existia el reblandecimiento de la mucosa. Sin aceptar tan en absoluto esta proposicion, debe sin embargo admitirse que así suceda en algunas ocasiones.

Esta enfermedad no es grave en su forma lijera, la *hiperemesis* no llega á producir desórdenes profundos, y desaparece instantáneamente al efectuarse el parto. La forma grave es ya una de las más serias dolencias de la gestacion, puesto que puede fácilmente terminar con la muerte de la paciente. Lo notable de esta enfermedad es, que mientras la madre enflaquece, y vé pervertida su nutricion hasta el extremo de ocasionarle grandes trastornos y hasta la muerte, el feto no sufre nada, sigue nutriéndose y al venir á luz nada en su organismo demuestra el estado de sufrimiento de su madre.—El parto ó la muerte del feto suelen suspender los vómitos aun los más graves. Sin embargo se regis-

tran hechos de mujeres muy emaciadas por estos sufrimientos que han fallecido poco despues del parto natural, á pesar de haber aquellos cesado.

El *tratamiento* de esta enfermedad se compone de todos los agentes terapéuticos conocidos, lo cual basta para probar su ineficacia. Las bebidas carbónicas, el antiemético de Riverio, el bicarbonato de sosa, el bismuto, la pepsina y la diastasa, el hielo, el bromuro potásico, el cloral, el opio y sus alcaloides, el ácido oxálico, el óxido negro de mercurio, la tintura de yodo, el champagne, los alcohólicos, las fricciones en el epigastrio con pomada de belladona, con pomada yodurada, la introduccion en la vagina hasta tocar el cuello del útero de la pomada de belladona, etc., etc. De estos diversos medicamentos, unos prueban bien en un caso y fracasan en otros, y en el decurso de un embarazo es muy posible que tengamos que recurrir á la mayor parte de esta série para conseguir un pequeño resultado. Recientemente ha aconsejado Subelsky (de Varsovia) las duchas de éter pulverizado sobre el epigastrio, y sobre el raquis, por espacio de 3 á 5 minutos y repetidas cada tres horas desde los primeros vómitos. Como remedio que podemos llamar de última invencion se ha preconizado como infalible el *oxalato de cerium*, á dosis de 0'05 centigramos.

Es difícil en esta confusion poder establecer un plan regular de tratamiento. Nosotros, sin embargo, no acostumbramos complicarlo: en los vómitos de forma leve nos va muy bien con las bebidas heladas, que aconsejamos tomar en abundancia á las embarazadas, añadiendo á esto para tomar por la mañana, una dosis bastante fuerte de bismuto (una cucharadita de la crema de Quesneville). Cuando se hacen ya pertinaces, añadimos al hielo las bebidas carbónicas muy frias para acompañar la ingestion de los alimentos, y en los intérvalos de las comidas el bromuro potásico. Es un gran recurso para facilitar la curacion de los vómitos, ó por lo menos disminuirlos, el combatir la gastralgia y la dispepsia, y esto lo conseguimos muchas veces por medio de las perlas de éter. Cuando los vómitos se hiciesen tan graves que pusieran en peligro la vida de la mujer embarazada, podria recurrirse al parto prematuro ó al aborto provocado. Para esto, sin embargo, no debe esperarse que sobrevenga el tercer período de los descritos por Dubois; en este grado es tal la emaciacion de la enferma, que sucumbiria al mismo trabajo del parto, ó en el puerperio, y resultaria por tanto ilusorio el objeto que el médico se propone de salvar á la madre.



## CAPÍTULO II.

### Patología del puerperio.

Una de las partes más importantes de la Obstetricia ha sido en todo tiempo la que se ocupa de las enfermedades propias de la época puerperal. Desarrolladas estas bajo la influencia de las notables modificaciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan el parto, tienen una razón común que las une, que las agrupa dentro un círculo de caracteres propios, suficientes para establecer con ellas una individualidad morbosa que figure con independencia en los cuadros nosológicos. Y es tan completa esta influencia, y tan constante, que, sin necesidad de descender á pequeños detalles, con solo atender al sello que marca indefectiblemente todas esas manifestaciones morbosas, se comprende perfectamente la unidad de causa, la solidaridad de caracteres, la marcha uniforme que han obligado á los autores á referir á determinada entidad patológica, todas las dolencias propias de ese período de la generación.

Sin embargo, cuando se ha tratado de dar nombre, de individualizar ese fondo nosológico, ha habido gran divergencia, principalmente porque cada época de la historia de la Medicina se ha creído con derecho á interpretar según las ideas dominantes, la razón esencial de la enfermedad. De esta diversidad de pareceres nace la historia de las teorías por las que se ha querido explicar la patología del puerperio, y la consiguiente confusión de ideas; pero como en estas hay siempre algo de verdad, como la razón científica existe en el corazón de todas ellas, ha resultado también de esto el encontrarse el camino que conduce á la verdadera comprensión de lo que sean en sí estas enfermedades y de la causa que las reúne en grupo uniforme, sin embargo de tener cada una de ellas caracteres propios y que podríamos llamar especializantes. Sin pretensión de haber encontrado la verdad completa, creemos que del estudio detenido de los hechos y de las teorías

que se han admitido para explicarlos, resulta que las enfermedades puerperales son múltiples, que **su** causa primera es siempre la misma, y á su desarrollo dentro del círculo que corresponde á su respectiva unidad, preside una misma influencia y predomina igual tendencia final.

Como esta es la base de nuestro criterio respecto á la patología del puerperio, explanaremos lijeramente estas ideas. Para nosotros, como para la mayoría de autores contemporáneos, hay muchas enfermedades del puerperio, individualizadas por *el órgano que padece y la manera como padece*, de manera que debemos empezar por admitir tantas dolencias como son los órganos que pueden sufrir en el puerperio, y tantas variedades en cada órgano, cuantas modificaciones morbosas de este puedan presentarse. Pero esto seria muy vago, y fuera imposible determinar su naturaleza, sin la segunda parte de la proposición. Sobre esta multiplicidad de individualidades posibles, se cierne una causa constante, esto es, *el parto*; la presencia de esta causa limita el número de órganos que pueden enfermar, á aquellos que pueden ser influidos por las funciones de generacion y más especialmente por el parto. Al lado de esto, que es la causa, existe otro dato constante, y es la *tendencia final* que imprime cierta uniformidad á las lesiones, y en este concepto limita las *maneras de padecer* de cada órgano á los procesos comprendidos dentro de aquella tendencia morbosa. De esto resulta *variedad en las enfermedades como individualidad; unidad en la causa que las produce y uniformidad en los procesos morbosos*. Las enfermedades se refieren á los órganos que más ó menos directamente intervienen en el parto, y de consiguiente tendremos afecciones *del útero, de sus anexos, del peritoneo, de los vasos uterinos y periuterinos*: la causa especial y constante de estas enfermedades será el parto, ó por mejor decir *las modificaciones anatómicas y funcionales* que aquel produce, y por último el proceso propio ó característico final, la infección, ó generalización en el organismo de los elementos morbosos, excepcion hecha de un pequeño grupo, en que la inflamación tiende á la *coagulación* (flebitis obliterante).

La naturaleza, sin embargo, tiene muchos caminos para llegar á sus fines, y resulta aquí que los caracteres que desarrolla como medios de impeler por su camino las dolencias puerperales, no son siempre los mismos, y si bien es cierto que la modificación orgánica preexistente que las produce es constante, los fenómenos que primeramente este desarrolla para acabar en la supura-



cion son distintos. Así y todo podemos reducirlas á dos principales: el proceso flogístico simple iniciado primitivamente en el mismo órgano y el proceso necrobiótico consecutivo á la absorcion de elementos alterados fuera del órgano que luego se afecte. En el primer caso tenemos las inflamaciones, que progresan, supuran y acaban por producir la *pyohemia*; en el segundo tenemos las sustancias orgánicas que se alteran, se convierten en miasmas, se absorben y se generalizan, es decir, la *septicemia*. En un tercer grupo debemos colocar los hechos exceptuados, es decir, los en que la inflamacion produce la coagulacion de la sangre, y últimamente la *embolia*. A pesar de estar diferentemente trazado aquí el carácter de la dolencia, tiene sin embargo igual tendencia; la emigracion de los coágulos viene á representar aquí la generalizacion ó transporte por la corriente sanguínea de los productos morbíficos de la afeccion local.

En estas ideas, rápidamente trazadas, se funda la doctrina que profesamos acerca las enfermedades puerperales, y que explanaremos detenidamente en el curso de los siguientes artículos, desarrollados conforme á la clasificacion de estos afectos que hemos expuesto en las generalidades que encabezan esta parte.

Pero antes de entrar en los detalles que completan el estudio propuesto, justo es dar una pequeña noticia de las doctrinas que han prevalecido en todo tiempo para explicar las enfermedades del puerperio, ya que de ellos parten los actuales conocimientos.

## I.

Historia de las diversas doctrinas que han reinado sobre la naturaleza de las enfermedades puerperales.—Juicio crítico.

La más antigua de las doctrinas planteadas para explicar las enfermedades puerperales, es la que las refiere á la supresion de los loquios. Encontramos primero esta idea en Hipócrates (1) (332 ant. de J. C.), aceptada despues por Galeno, y sucesivamente por espacio casi de veinte siglos por todas las notabilidades médicas, entre ellos Avicena (año 1000), Albucasis (1085), Ambrosio Pareo (1575), Rodrigo de Castro (1603), Antonio Petit (1665),

(1) *De morbis mulierum*. Lib. IV. Lect. V.

Sydenham (1683), Van Swieten (1721), Smellie (1762), Delamotte (1765), Deleurye (1770), y otros de menos nombradía. Generalmente dicen todos ellos que la supresion de los loquios produce la inflamacion del útero, y de aquí parten todos los síntomas graves del puerperio. Algunos, aproximándose al parecer á la idea de la infeccion, decian que los loquios suprimidos eran trasportados á diferentes puntos de la economía, y de esta suerte desarrollaban las infecciones malignas. Como si unos de otros heredaran las ideas, discurrieron una infinidad de años sin que se modificara esa doctrina, lo cual parece raro, porque el fundamento experimental de ello no existe. En efecto, veremos al describir estas enfermedades, que la supresion de los loquios no solamente no es constante, sino que en la mayoría de casos persisten, aunque se alteren algo en su naturaleza; debian quedar de consiguiente una porcion de hechos sin explicacion, es decir, todos aquellos en que el flujo loquial continuaba casi normal, y sin embargo aparecia el síndrome completo de una grave afeccion puerperal.

Esta doctrina es una de las que desde las esferas científicas ha pasado al dominio del vulgo, y constituye aun hoy día una de las opiniones más admitidas respecto á la génesis de las enfermedades del puerperio.

Más adelante, como origen, nos encontramos con la doctrina de las metástasis lácteas. Sennert parece ser quien en 1631 emitió el primero la idea de que *las calenturas agudas* de las recién-paridas eran debidas á una desviacion de la secrecion láctea. Esta idea, mejor explanada por Puzos, privó grandemente durante el siglo XVII y parte del XVIII, y ha sido despues otra de las que han formado la opinion vulgar con tanta insistencia como la de la supresion de los loquios. Segun los autores que la defienden, la leche distraida de su sitio circula con la sangre, y acaba por formar depósitos en diferentes puntos, pero muy especialmente en el peritoneo, en la piel y en los órganos esplágnicos. Entre las notabilidades médicas de aquellos tiempos, que participan de la opinion de Puzos, más ó menos modificada, encontramos á Ludwig (1758), Levret (1766), Bordeu (1770), Leroy de Montpellier (1771) y Tourtelle (1805). El descrédito de esta doctrina y su completa derrota en el terreno científico se debe á Bichat, quien dió á conocer la verdadera naturaleza de los depósitos morbosos que tomaron como de leche los autores citados, y que eran simplemente de pus procedente de la inflamacion de diversos tejidos y muy especialmente del peritoneo.