

embarazo, haremos un último esfuerzo en favor de la misma, prescribiendo á la mujer el reposo absoluto en cama. Dada la fragilidad del tejido placentario, el más pequeño movimiento, toda exageración de la presión intraabdominal puede aumentar un desprendimiento ya iniciado, con lo que disminuyen las probabilidades de curación de la herida. Como que las contracciones tienen tendencia á desprender el huevo de la pared uterina, se tratará de obtener su sedación mediante la administración de fuertes dosis de opio en enemas ó supositorios. Para combatir la hemorragia se recurre muchas veces á la vejiga de hielo aplicada al hipogastrio; pero se tendrá cautela con el empleo de este medio, porque el frío provoca fácilmente la aparición de las contracciones. Si mediante este tratamiento se logra conjurar el peligro de aborto, la dislaceración existente entre el huevo y la pared uterina es ocupada, primero, por un coágulo sanguíneo que se reabsorbe en parte, y en parte se organiza, el cual se encuentra todavía en las secundinas á la terminación del embarazo, bajo la forma de una cicatriz fibrosa ó conjuntiva. La mujer podrá abandonar el lecho 14 días después de haber cesado la hemorragia.

El mal éxito de nuestra tentativa contra el aborto se manifestará por la renovación de las pérdidas de sangre roja y reciente ó negruzca. Si á pesar del reposo en cama se producen las hemorragias, el aborto es inevitable, y todo lo más que conseguiremos será diferir su realización durante algunas semanas mediante el reposo y los opiáceos; pero esto á nada conduce, y es preferible acelerar la terminación.

En el aborto ó parto prematuro habituales está indicado un tratamiento *profiláctico*, si puede encontrarse la causa de que se repita la interrupción del embarazo. A menudo se obtiene éxito brillante con el tratamiento antisifilítico, ó combatiendo los estados patológicos del aparato genital, por ejemplo, la reducción de un útero retroflexo, la sutura de una rasgadura del cuello, etc. Si se tiene motivo para suponer que una excitabilidad anormal del útero ó una fragilidad morbosa de sus vasos son la causa de la actividad contráctil prematura ó de la hemorragia, se recomendará á la embarazada algunas semanas de reposo en el lecho, durante la época en que habitualmente se presentaba el aborto.

Cuando se considere imposible la continuación del embarazo, el mejor partido que podrá tomarse será acelerar cuanto se pueda la evacuación del útero. De este modo, no sólo se limita al minimum la pérdida de sangre, sino que se evita de la manera más eficaz posible el peligro de la putrefacción y de la sepsis.

En las clínicas, en donde se cuenta con toda clase de recursos y manos hábiles y adiestradas, se prefiere, con razón, una *intervención activa*, consistente en la dilatación brusca del cuello, y la evacuación de la cavidad uterina en una sola sesión; el médico práctico, que no cuenta más que consigo mismo, no tiene menos razón para preferir un *método de tratamiento expectante*, limitándose á prescribir el reposo en cama, la administración de preparaciones de cornezuelo de centeno y el taponamiento vaginal, de modo que la expulsión del huevo es en gran parte abandonada

á las contracciones uterinas. Esta conducta es perfectamente correcta, cuando el aborto no presente complicaciones ni peligro alguno, y en estos casos los resultados son excelentes. *Son malísimas y muy censurables las intervenciones á medias, consistentes en la penetración en la cavidad uterina, la destrucción del huevo y su extracción incompleta dejando residuos.* Procediendo de este modo se perturba el mecanismo normal de expulsión, se aumenta la hemorragia y se favorece la putrefacción intrauterina, puesto que aun cuando la desinfección de las manos sea completa, con tales manipulaciones es lo mas fácil que se favorezca la penetración de gérmenes desde la vagina al interior del útero.

En los casos urgentes en que *la hemorragia es abundante y prolongada, y se acompaña de fiebre y putrefacción del huevo ó de los restos del mismo,* es necesario proceder á la rápida evacuación del útero. Describiré en pocas palabras el procedimiento: la mujer es cloroformizada y colocada de través en la cama; se afeitan los pelos del pubis, y después de haber lavado muy bien con jabón todas estas partes, se hará la desinfección con una disolución de sublimado. Se ensanchará la vagina con el speculum de cuchara, y, puesta al descubierto la porción vaginal del cuello uterino, se cogerá el cuello fuertemente con las pinzas de ganchos. Antes de pasar adelante se hará una buena desinfección de la mucosa de la vagina y de la porción vaginal del cuello con alcohol y una disolución de sublimado, usando para ello torundas de algodón y gasa asépticos. Entonces es cuando se emplean los dilatadores uterinos que acaban de ensanchar el canal cervical, ya algo dilatado y reblandecido, hasta que permita fácilmente la introducción del índice. Cuando las circunstancias no son apremiantes, esta dilatación puede hacerse con mayor lentitud en 24 horas, empleando sucesivamente un par de tallos de laminaria. En los abortos del tercero ó cuarto mes la dilatación del cuello deberá llevarse más allá para que sea posible la introducción de dos dedos. Una vez que han penetrado uno ó dos dedos en la cavidad uterina, la otra mano ejerce una contrapresión sobre el fondo del útero á través de las paredes abdominales, haciendo una especie de comprobación del trabajo que ejecutan el ó los dedos. Ateniéndonos á esta línea de conducta, es bastante difícil el desprendimiento del huevo de su superficie de implantación. Una vez que se ha logrado ésta, se procura engancharlo con el dedo, tendiendo á dirigirlo hacia abajo, y ayudándonos de la presión ejercida por la otra mano sobre el útero, se logra hacerlo caer sobre la vagina. Una vez hecho esto, se volverá á introducir el dedo en el útero, para convencernos de que no quedan en su interior restos de placenta ni de caduca, dedicando una atención especial á los ángulos tubarios. Si se encuentran restos voluminosos se extraerán con el dedo, y los pequeños ó las porciones de caduca todavía adherentes se separarán con la cureta. Si el óvulo está en vías de descomposición, se practicará una irrigación intrauterina con unos cuantos litros de una disolución diluída de alcohol ó de acetato de alúmina (2 %), agua clorada y otros medios análogos; las soluciones de lisol, de sublimado y de ácido fénico no deben ser empleadas en el útero recientemente evacuado por el peligro de intoxi-

cación. Si la operación ha estado bien hecha, la hemorragia suele cesar instantáneamente. Pero el útero relajado de una múltipara puede seguir dando sangre en abundancia, aun cuando la evacuación haya sido completa, y, en este caso, se conseguirá la hemostasia, por medio del taponamiento intrauterino con gasa yodofórmica, del modo que ha sido aconsejado por primera vez por FRITSCH.

Una regla importante es la de enuclear primeramente con el dedo la masa mayor del huevo y utilizar tan sólo la cureta para separar los pequeños restos de cadu-



Fig. 339

Enucleación del huevo en un aborto de 2 meses

ca. Las paredes del útero abortivo son extraordinariamente blandas, mucho más cuando existe un proceso de endometritis pútrida ó séptica y pueden ser perforadas por el instrumento, aun cuando se ejerza una presión muy débil. Por eso el empleo de las pinzas de gérmenes, de las cucharillas cortantes ó de las curetas pequeñas es siempre peligroso, aun en manos de personas expertas. Una cureta para abortos debe tener, por lo menos, las dimensiones indicadas en la fig. 340, y antes de hacerla servir se introducirá una sonda hasta el fondo del útero para que nos dé idea de la dirección de la cavidad. Los grandes trozos de tejido, como, por ejemplo, los cotiledones, unidos todavía á la placenta, tan sólo son ras-

cados y triturados por la cureta, pero nunca separados completamente. La experiencia de todos los días enseña que el empleo poco correcto de este instrumento puede dejar en la cavidad uterina la mitad del huevo, después de haber sacado al exterior tan sólo pequeños colgajos de tejidos. Así, pues, en el aborto no recurráis nunca á la cureta sin que antes os hayáis convencido, mediante la introducción del dedo, de que no existen grandes restos en la cavidad de la matriz.



Fig. 340

Cureta para abortos. Tamaño natural

A partir del cuarto mes de la gestación, el cuerpo del feto adquiere ya una importancia mayor en la mecánica del aborto. No obstante su pequeñez, la extracción puede ofrecer serias dificultades á causa de su movilidad y fragilidad. Por eso es en general recomendable que, durante los meses cuarto y quinto, se abandone la expulsión á las solas fuerzas naturales, y sólo nos separaremos de esta regla cuando sea muy urgente la evacuación rápida del útero. La fiebre, la descomposición pútrida del huevo y con menos frecuencia las hemorragias constituirán las indicaciones para la intervención urgente. En este caso se dilata el canal cervical con un dilatador ó, eventualmente, con un balón de goma, hasta conseguir tal grado de dilatación que permita el paso del feto, el cual se extraerá por los pies, *«lege artis»*, mediante maniobras de versión combinadas, teniendo cuidado de que la tracción no sea muy enérgica. Si, como es frecuente, se desgarran las extremidades inferiores, se cogerán y extraerán sucesivamente con fuertes pinzas las nalgas, el tronco, los hombros y la cabeza. Si el canal cervical es estrecho, puede llegar á hacerse necesaria la perforación y evisceración del cráneo. Si el alumbramiento no se completa prontamente

por la expresión, se ejecutará por medio del dedo introducido en la cavidad uterina, siguiendo la técnica que ya hemos descrito.

Para el parto prematuro en la segunda mitad de la gestación, el tratamiento se ajustará á las reglas fundamentales que hemos dado para la asistencia al parto á término y á las que hemos de dar todavía en los siguientes capítulos.

En la alimentación y los cuidados que se han de prestar al niño nacido prematuramente deben tenerse en cuenta ante todo las condiciones de desarrollo imperfecto de los órganos vitales encargados de la digestión, respiración y circulación.

Para la alimentación, únicamente puede ser utilizada la leche de la madre ó de una nodriza mercenaria, pues sólo la composición específica de la leche de mujer, y su proporción de materias albuminoideas y grasas, puede permitir en estos casos su perfecta absorción y asimilación. Es muy raro que sea bien tolerado ningún otro género de alimentación. Si la debilidad congénita del recién nacido es tal, que no permite la succión, se le suministrará la leche materna con una cuchara á intervalos de una y media á dos horas.

Los fetos nacidos prematuramente son especialmente sensibles á las pérdidas de calor consiguientes al paso desde el ambiente amniótico á la temperatura de la sangre al medio externo. Como que, de una parte, los pulmones y el corazón funcionan todavía de una manera incompleta y los procesos de oxidación en los tejidos son poco enérgicos, mientras que de la otra, las pérdidas de calor son grandes en proporción al pequeño volumen del cuerpo, tanto por la extensa superficie respiratoria como por la delicadeza de la piel, es la regla que, después del nacimiento, la temperatura del cuerpo experimente un notable descenso.

El enfriamiento del cuerpo disminuye á su vez la actividad de los procesos vitales y la oxidación en los tejidos, estableciéndose de este modo un círculo vicioso, en virtud del cual se enfrían, primero, las extremidades, la nariz y las orejas, y después toda la superficie del cuerpo; la temperatura descende cada vez más hasta que se extingue la vida. El recién nacido no muere por enfermedad, sino por «debilidad vital», y porque el desarrollo de sus órganos es incompleto para que continúe la vida. Un buen medio para disminuir las pérdidas de calor consiste en envolver el cuerpo con una espesa capa en algodón en rama. Resultados todavía mejores se obtienen con las «incubadoras», en las cuales el niño se mantiene á una temperatura constante de 28 á 30° C., con lo que no solamente deja de perder calor, sino que respira también aire caliente. Estas incubadoras, que se calientan por medio del gas ó el alcohol, tienen una temperatura constante gracias á la circulación de agua caliente, están convenientemente ventiladas y provistas de ventanas con vidrios por los cuales puede ser observado el niño, y tienen una construcción análoga á los termóforos que se usan en bacteriología. En algunas ciudades, funcionan institutos destinados á la «incubación» de los niños nacidos prematuramente. De un modo más simple, aunque no tan completo, se pueden obtener los mismos resultados rodeando al recién nacido de botellas de agua caliente, ladrillos calientes, etc. También se puede substituir la incubadora recubriendo al recién nacido con las cubiertas del lecho de la madre, que se mantendrán elevadas con una armadura de red metálica.

La calefacción artificial del recién nacido será continuada hasta que el mismo haya alcanzado suficiente desarrollo, y podrá ser necesario continuarle durante un mes ó más.

Bibliografía

Causas, curso y terapéutica del aborto:

- RUNGE, Die acut. Infektionskrankh. in ätiolog. Beziehung z. Schwangerschaftsunterbrechung. Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 147. WHITEHEAD, On the causes and treatment of abortion and sterility. London 1874. DOHRN, Ueber Behandlung der Fehlgeburten. Volkmann's Samml. klin. Vorträge, Nr. 42. SCHWARZ, Zur Behandlung d. Fehlgeburten, ibid Nr. 241. GARIMOND, Traité théor. et prat. de l'avortement. Paris 1873. HEGAR, Monatsschr. f. G. 21. Suppl. 1. OLSHAUSEN, Abortus in klin. Beitr. z. Gyn. u. Geb. Stuttgart 1884. S. 187. J. VEIT, Zur Behandlung d. Fehlgeburt. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 4. FEHLING, Ueber die Behandlung d. Fehlgeburt. Arch. f. Gyn. 13. SMITH, Treatment of early abortion by the general practitioner. The am. J. of obst. 37, 1898. O. SCHÄFFER, Ueber die unterbrochene Fehlgeburt. München 1901. FRITSCH, Ueber die Verwendung d. Jodoformgaze i. d. Gynäk. Volkmann's Samml. klin. Vortr., N. 288. v. WECKBECKER-STERNFELD, Ueber die Anwendung d. scharfen Löffels i. d. Geburtshilfe. Arch. f. Gyn. 20. DÜHRSSSEN, Zur Pathologie u. Therapie des Abortus. Arch. f. Gyn. 31. FRANZ, Zur Lehre des Abortus, Hegar's Beitr. I. HEGAR, Der Abort. Deutsche Klinik. IX, 1902. L. LEWIN, Die Fruchtabtreibung durch Gifte und andere Mittel. Handbuch f. Aerzte u. Juristen. Berlin-Hirschwald. 1904.

Alteraciones de las envolturas fetales en el aborto, etc.:

- C. RUGE, Ueber den Foetus sanguinolentus. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 1. FRÄNKEL, Beitrag. z. Lehre vom fibrinösen Polypen. Arch. f. Gyn. 11. BREUS, Das tuberöse subchoriale Hämatom d. Decidua. Leipzig u. Wien 1872. NEUMANN, Das sog. tuberöse subchor. Hämatom d. Decidua. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. V. GOTTSCHALK, Zur Lehre von den Hämatommolen etc. Arch. f. Gyn. 58. v. FRANQUÉ, Ueber histologische Veränderungen in der Placenta und ihre Beziehungen zum Tode der Frucht. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 37. RIELANDER, Beitrag z. Kenntniss d. Veränderungen in der Placenta b. abgestorbener Frucht. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 45. OLDHAM, Guys Hosp. Rep. V. 1847. MERTTENS, Beitr. z. normalen u. path. Anatomie der menschl. Placenta. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 30. GRAEFE, Festchr. f. C. Ruge Berlin 1896. KULENKAMPFF, Retent. abgest. Früchte im Uterus. Diss. Kiel 1874. HENNING, Ueber Lithopaedia intrauterina. Arch. f. Gyn. 13. KÜCHENMEISTER, Ueber Lithopädien. Arch. f. Gyn. 17. E. FRAENKEL, Missed labour and missed abortion. Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 357. 1903. Bez. der Wärmewannen für frühgeborene Kinder s. CREDÉ, Arch. f. Gyn. 24. AUVARD, Arch. de Tocologie 1883. FÜRST, Deutsch. med. Wochenschrift. BARTLETT, Méd. age 1887.

Lección XIX

Anomalías de las fuerzas expulsivas: 1. Anomalías de las contracciones uterinas; contracciones demasiado débiles; contracciones exageradas; contracciones espasmódicas.—

2. Anomalías de la presión abdominal

SEÑORES: Para que el parto siga un curso normal, se necesita, ante todo, una actividad regular de las fuerzas expulsivas. Buenas contracciones uterinas y una presión conveniente de las paredes abdominales, son condiciones que no solamente hacen evolucionar de un modo conveniente el parto normal, sino que hasta en aquellos casos en que el mecanismo está perturbado van seguidas de un resultado feliz, permitiendo al feto vencer resistencias anormales. Y aun cuando la naturaleza no llegue á lograr el resultado, y se haga necesaria la intervención del arte, las fuerzas expulsivas son siempre necesarias y deseables. Cuanto mejor haya sido el trabajo preparatorio de éstas, tanto más sencillas y desprovistas de peligro serán nuestras intervenciones operatorias. Cuando las fuerzas naturales faltan, el arte mejor dirigido no obtiene, las más de las veces, más que fracasos.

Si es tanta la importancia de la acción conveniente de las fuerzas expulsivas y si la influencia de las mismas puede manifestarse, tanto en sentido favorable como adverso, en las más diversas complicaciones, se comprende la oportunidad de que empecemos el estudio de los trastornos mecánicos del parto por el de las *anomalías de las fuerzas expulsivas*. Como ya sabéis, éstas son desarrolladas, en parte, por la musculatura uterina y, en parte, por la presión abdominal. Debemos, pues, distinguir las *anomalías de las contracciones uterinas* de las *anomalías de la presión abdominal*.

Las contracciones uterinas pueden separarse del tipo normal por ser *demasiado débiles, excesivamente enérgicas ó espasmódicas*.

1. Inercia del útero

Como indica el nombre, esta anomalía consiste en una actividad insuficiente de la musculatura uterina. Las contracciones son lánguidas y cortas y las pausas excesivamente largas. A este defecto del trabajo contráctil corresponde una gran lentitud del parto que se prolonga horas y, algunas veces, hasta días, sin progresar de un modo evidente.

Con frecuencia, ya desde el principio del parto empieza á manifestar el útero la insuficiencia de su fuerza contráctil y la inercia persiste durante todo el período dilatante. En este caso se habla, con razón, de «*inercia primitiva*». Sus causas pueden ser tan pronto *alteraciones anatómicas* de la musculatura uterina como *perturbaciones de la innervación*. El ejemplo mejor de la primera categoría es el que nos ofrecen los partos múltiples y el hidramnios, en los cuales la excesiva *distensión* de la pared y el *adelgazamiento* de la musculatura uterina representan la causa inmediata de la inercia primitiva. Las contracciones de la pared del útero, que rodea el huevo y es tan delgada como un papel, ejercen una acción muy débil sobre la dilatación del cuello, y sólo cuando, evacuadas las aguas, las fibras musculares se engruesan y adquieren más potencia, es cuando el parto hace mayores progresos. Del mismo modo que la distensión excesiva, obra también el *desarrollo defectuoso de la musculatura*, que es una anomalía congénita, en ocasiones, hereditaria de madres á hijos, pero que se la observa asimismo en mujeres cuyos embarazos se suceden muy rápidamente, ó en las que sufrieron partos laboriosos y de larga duración ó procesos puerperales infectivos ó sépticos.

También pueden debilitar la energía de las contracciones uterinas los *procesos inflamatorios subagudos*, que evolucionan en la pared del útero grávido en los casos de metritis crónica y endometritis. A menudo, en tales casos, ya durante el embarazo, se observa una exagerada tensión y sensibilidad de la víscera, hasta el punto de que la palpación más delicada provoca contracciones, y, una vez iniciado el trabajo, las mismas, aunque muy débiles, son extraordinariamente dolorosas, y el útero conserva, también durante las pausas, cierto grado de contracción tónica, y es muy sensible á toda presión. Esta anomalía de las contracciones ha sido designada por SCHROEDER con el nombre de «*inercia espasmódica*», y era descrita por los tocólogos antiguos con el nombre de «*reumatismo uterino*». Es dudoso que esta última denominación sea apropiada, y que exista identidad entre el proceso morboso, causa de la inercia espasmódica del útero, y el reumatismo de los grupos musculares estriados; es verdad que, bajo el punto de vista clínico, existen grandes analogías entre estas dos afecciones: el adolorimiento de la substancia muscular bajo la influencia de la presión ó de las más pequeñas contracciones, la tonicidad muscular, la aparición á veces brusca y la rapidez con que desaparece después del empleo de los sudoríficos, como, por ejemplo, un baño caliente, etc. Una mujer muy inteligente que

había sufrido repetidas veces lumbago, me aseguraba que los dolores de la inercia espasmódica del útero eran completamente iguales á los del reumatismo muscular, y sentía gran alivio bajo la influencia de un baño caliente que instantáneamente transformaba tan atroces dolores en la *contracción* uterina normal.

Aquí pertenecen, además, aquellos casos de debilidad de las contracciones que se observan no raras veces en el curso de los partos prolongados y después de la rotura prematura de las membranas *en la descomposición pútrida del líquido amniótico* y que dificultan mucho la terminación del parto. Precisamente en las parturientes febriles, que es en las que con más vehemencia se desea la rápida evacuación del útero, es en las que con mayor frecuencia se presenta esta *debilidad séptica de las contracciones*, la cual es atribuible á una parálisis de la musculatura por los materiales sépticos reabsorbidos. Un hecho análogo se observa en la musculatura lisa del intestino y de la vejiga.

A una perturbación de la inervación se han de atribuir aquellas formas de inercia uterina que se presentan algunas veces después de las violentas emociones ó son consecuencia de la repleción excesiva de la vejiga ó del intestino y que desaparecen muy pronto con la evacuación de dichos órganos. Del mismo modo que la repleción de la vejiga, obran también los neoplasmas, como, por ejemplo, los fibromas ó los quistes del ovario, ó las situaciones anormales del feto, cuando ejercen una presión unilateral sobre la pared uterina.

Se dirá que la inercia uterina es «*secundaria*», cuando las contracciones enérgicas en el principio del trabajo se van debilitando de un modo notable. Como esta paresia de la actividad contráctil se observa las más de las veces en aquellos casos en los cuales ha sido necesario el desarrollo de una actividad muscular exagerada, para vencer un obstáculo anormal que se oponía á la terminación del parto, la inercia secundaria puede considerarse como el *cansancio* ó el *agotamiento* de la musculatura uterina (*lassitudo, exhaustio uteri*). El órgano se comporta entonces como un músculo estriado que se encuentra muy cansado, respondiendo primero con contracciones muy débiles, y no reaccionando después de ningún modo á los estímulos que le llegan por vía nerviosa. En otros casos, según ha indicado HOFMEIER, la paresia secundaria de la actividad contráctil de la víscera ha de ser atribuída al hecho de que el músculo uterino, para luchar contra grandes resistencias, se retrae sobre el feto, alcanzando un *grado máximo de retracción* antes de que sea expulsada la placenta. Es, especialmente, en las primíparas en las que el feto viene á estar casi contenido en el canal cervical vaginal muy distendido, y el cuerpo muscular del útero está retraído, abrazando tan sólo una pequeña zona del cuerpo del feto, desarrollando contracciones débiles y espaciadas después que su contenido ha abandonado ya el útero en sus dos tercios. Como que la musculatura del cuerpo retraída se mantiene permanentemente dura, puede hacer creer, de un modo equivocado, en la existencia del tétanos uterino. Pero de este asunto nos ocuparemos más adelante.

Todas las formas de inercia uterina ejercen una acción perjudicial sobre el curso

del parto. La influencia que tiene el retraso de éste sobre la madre y el hijo, depende de la duración de la inercia y secundariamente del período del parto en que se manifiesta ésta, y en tercer lugar de si existen ó no otras complicaciones.

La inercia simple del primer período del parto, mientras está íntegra la bolsa de las aguas, no tiene gran importancia, por más que sea una cosa desagradable tanto para la parturiente como para el médico. Esta anomalía es mucho más temible cuando la bolsa de las aguas se ha abierto prematuramente, á pesar de lo cual las contracciones se mantienen lánguidas y la dilatación avanza con extremada lentitud. En tales condiciones es difícil evitar la salida de abundante líquido amniótico. Cuanto mayor es la cantidad de dicho líquido que fluye, tanto más se reduce el útero sobre el feto y tanto más se retraen y engruesan sus paredes. Como consecuencia de esto, los vasos útero-placentarios experimentan necesariamente un estrechamiento y disminuye la cantidad de sangre arterial que se dirige á la placenta; el feto recibe menor cantidad de oxígeno y corre peligro de asfixia. Por otra parte, es posible que los microorganismos del canal genital, dirigiéndose lentamente hacia arriba, penetren en la cavidad uterina, originando la descomposición pútrida del líquido amniótico contenido todavía en ella, ó que durante las largas horas en que esta situación permanece invariable, repitiéndose las exploraciones más de lo necesario, se origine una infección. *Existe una relación directa entre la duración del parto y el peligro de la infección.* Durante el período expulsivo, la inercia uterina puede perjudicar también á la madre por la prolongada compresión que experimentan las partes blandas del canal del parto entre la cabeza y los huesos de la pelvis, lo que puede ser causa de necrosis. Si después de la expulsión del feto el músculo uterino no presenta ninguna tendencia á contraerse y no se produce el estado de retracción normal, sobrevienen trastornos en el mecanismo fisiológico de desprendimiento de la placenta, lo que acarrea las terribles hemorragias «atónicas» del alumbramiento, de las cuales hemos de ocuparnos más adelante.

Para el *tratamiento de la inercia uterina* se han propuesto una serie de medios. Pero la dificultad está en elegir aquellos más apropiados á las circunstancias de cada caso. Será conveniente adaptarse á la regla general de empezar por los medios más ligeros, dejando las intervenciones más activas para aquellos casos en que amenaza algún peligro.

En la inercia simple primitiva, son suficientes, las más de las veces, algunas *prescripciones dietéticas*—unidas á la necesaria *dosis de paciencia*—para triunfar del inconveniente representado por el poco progreso del parto. Mucho puede hacer ya la sola presencia del médico y sus palabras tranquilizadoras que excluyen del ánimo de la parturiente y de las personas que la rodean toda idea de peligro y aseguran una feliz terminación. Con mucha frecuencia ocurre que el médico con muy pocas palabras logra restablecer la esperanza en el ánimo de la mujer, cuando ésta se encontraba ya presa de angustia y miedo. No solamente se permitirá á la mujer que *cambie de posición, se levante y pasee por el cuarto*, sino que se la instará á ello.

Los movimientos que se ejecutan al andar, estimulan las contracciones uterinas y las de las paredes abdominales, abreviando el período de espera. Nada hay más perjudicial que condenar á la mujer al reposo en cama desde que se inician los dolores. Si la vejiga está muy distendida, se practicará el cateterismo; si el recto y la S ilíaca están ocupados por materias fecales, se procurará su evacuación por medio de un *enema con glicerina*; las inclinaciones excesivas del útero se corregirán mediante vendajes ó por la oportuna posición lateral de la parturiente. Si existen los síntomas de la inercia espasmódica, será muy útil un baño general caliente (36°C ., media hora de duración), asociada á un *enema opiado* (15—20 gotas de tintura simple en algunas cucharadas de agua). El dolor del útero disminuye ya durante el baño; la

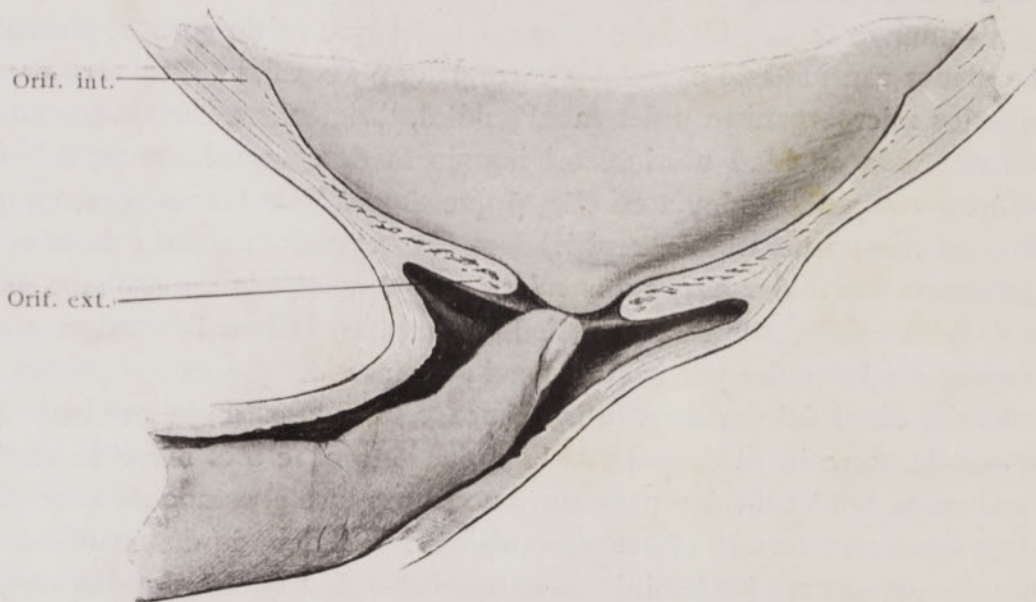


Fig. 341

Cuello desaparecido; bordes del orificio uterino delgados y cortantes
Existen las condiciones necesarias para que la bolsa pueda ser rota

parturiente, que al principio se encontraba en estado de gran excitación, se calma, y una vez conducida á la cama, entra en un sudor muy beneficioso y con frecuencia tiene tendencia al sueño, restableciéndose después las contracciones con toda regularidad y eficacia.

Si la inercia depende de la excesiva distensión y adelgazamiento de la pared uterina, dará resultados ventajosos la *rotura artificial de las membranas*. A medida que sale el líquido amniótico, el útero puede obrar más eficazmente sobre el feto; las paredes uterinas se engruesan y ejercen sobre el feto, al cual rodean íntimamente, un fuerte estímulo. Las contracciones se hacen, en consecuencia, más fuertes y frecuentes. Muchas veces puede observarse en las multíparas con paredes uterinas flácidas y perezosas, que después de la rotura de las membranas la expulsión se hace

con toda rapidez, mientras que el primer período del parto había evolucionado de una manera muy lenta, durando horas. Esta influencia beneficiosa de la rotura de las membranas hecha en tiempo oportuno y en las circunstancias convenientes, no debe hacer olvidar que en muchas ocasiones se abusa de ella y es practicada con excesiva frecuencia y sin ninguna indicación precisa. Hay que abstenerse de practicarla en todos los casos en que no exista una dilatación completa del orificio uterino, puesto que ya conocéis el importante papel que la bolsa de las aguas desempeña en la desaparición del cuello uterino y en la abertura del orificio del mismo. La punción del saco hará, por consiguiente, más fácil la dilatación de las partes blandas

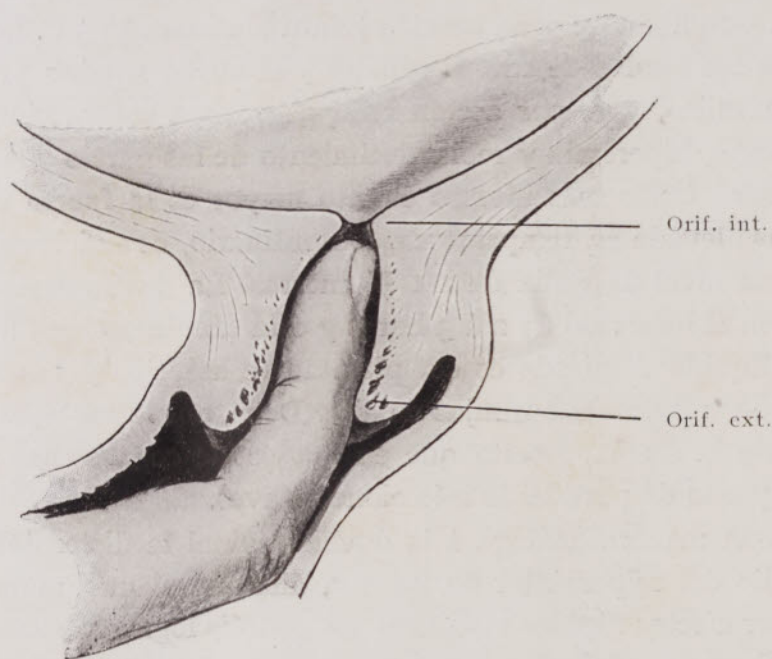


Fig. 342

Cuello uterino no desplegado todavía

La rotura artificial de la bolsa de las aguas está contraindicada

y las consecuencias serán tanto más perjudiciales cuanto más precozmente sea practicada. Os ajustaréis á la regla de no practicar nunca la rotura de las membranas hasta que el cuello haya desaparecido completamente y que los bordes del orificio externo se hayan reducido á un reborde delgado. Si el dedo explorador encuentra todavía un canal por encima del orificio externo (como en la fig. 342); si, en otras palabras, la desaparición del cuello no se ha realizado todavía de una manera completa, la rotura de las membranas no puede hacer más que daño y, por lo tanto, deberá ser evitada. Para romperla es suficiente, las más de las veces, ejercer una presión conveniente con el dedo sobre las membranas. Si estas últimas están recubriendo la cabeza del feto de una manera inmediata, se debe esperar á que se presente una contracción ó recomendar á la mujer que haga un esfuerzo, con lo que la

bolsa se pone tensa. Si las membranas resisten la presión del dedo, se perforarán con una sonda (ó estilete) que se conducirá sobre el dedo y que, como se comprende, estará perfectamente desinfectada.

En la mayoría de los casos de inercia primitiva, se triunfará de la misma con los medios enumerados hasta aquí; las más de las veces, ésta no representa ningún peligro ni para la madre ni para el feto, así es que nada se pierde con aguardar. Si se presentan indicaciones para la aceleración del parto—como, por ejemplo, la descomposición del contenido del útero, fiebre, hemorragias, accesos de eclampsia, etcétera—, se recurrirá inmediatamente á indicaciones más enérgicas.

A éstas pertenece, en primer término, la ducha vaginal caliente. Se hacen correr por la vagina 5-10 litros de agua hervida y enfriada hasta 40-50°. La corriente de agua dirigida sobre los fondos de saco vaginales y el cuello uterino produce un estímulo mecánico y térmico, que, por acción refleja, provoca contracciones, determinando, al mismo tiempo, hiperemia y reblandecimiento de las partes que se han de dilatar. El estímulo será tanto más intenso cuanto mayor es la fuerza con que penetra el líquido y más elevada su temperatura. De ordinario, es suficiente una temperatura de 45° C. y un nivel de caída de 1-1 1/2 metros. La ducha vaginal se ha de repetir varias veces en el intervalo de 2 á 3 horas y está absolutamente desprovista de todo peligro si el líquido empleado es completamente aséptico y se evita la penetración en los órganos genitales de burbujas de aire. Debe, por lo tanto, ser el médico el que se encargue de la ducha, puesto que en manos de comadronas poco escrupulosas podría ser el punto de partida de infecciones graves.

Obra de una manera análoga á la ducha vaginal la distensión de los fondos de saco por medio del colpeurinter de BRAUN, dilatado al máximum. Si tenéis necesidad de obtener efectos rápidos y seguros, los podréis lograr mediante la introducción en la cavidad uterina de un balón de BARNES ó de CHAMPETIER. Ejerciendo una tracción enérgica sobre el tubo del balón se refuerzan las contracciones de una manera muy rápida, tanto que, desde una permeabilidad del canal cervical de dos dedos apenas, se puede llegar en muy pocas horas á una dilatación que permita el parto mediante versión y extracción por los pies. La introducción de los balones intrauterinos exige que la paciente se coloque en la cama transversalmente y que el cuello uterino sea puesto de manifiesto con el espéculum univalvo; esta práctica es dolorosa y exige las precauciones antisépticas más absolutas, por lo que debe ser reservada para casos de gran urgencia.

La *electricidad*, que provoca reacciones tan seguras y violentas en los músculos estriados, tiene muy poca eficacia sobre la musculatura lisa del útero. Las corrientes farádicas no ejercen ninguna acción. Es verdad que las corrientes constantes de gran intensidad provocan contracciones; pero en la práctica no son aplicables por los vivos dolores que provocan.

En la *inercia secundaria*, que sobreviene á la terminación del período expulsivo, se tratará de estimular la actividad contráctil del útero mediante *fricciones sobre*

su fondo. Si la cabeza ha llegado ya al periné y las partes blandas no ofrecen una resistencia especial, se consigue muchas veces el desprendimiento de la presentación por la expresión según KRISTELLER; se coge con las dos manos el extremo podálico del feto en el fondo del útero, ejerciendo una fuerte presión hacia abajo, análoga á la que se hace en la expresión de la placenta. Si el suelo de la pelvis está rígido y la cabeza todavía alta, la expresión producirá sufrimientos inútiles y podría ser causa del desprendimiento prematuro de la placenta. En estas circunstancias, el *forceps* es el medio mejor y más sencillo para substituir las fuerzas que la mujer no puede ya desarrollar. Pocas gotas de cloroformo determinan la abolición de todo dolor, y en algunos minutos, con tranquilidad y pocas tracciones, se hace pasar la cabeza por el plano perineal.

Esta es la ocasión de que os hable de los *medicamentos ecbólicos*. No hay muchos en que elegir. Hasta ahora poseemos tan sólo dos que, obrando desde la sangre circulante, sean capaces de producir, con seguridad, contracciones uterinas: éstos son el *cornezuelo de centeno* y el extracto de hipófisis—la *pituitrina*, respectivamente el pituglandol—. Bien poco podemos esperar de todos los otros medicamentos antiguos y modernos, como, por ejemplo, la canela, el bórax, el azúcar, la quinina, el ácido salicílico, la pilocarpina, etc., á los cuales se han atribuído propiedades análogas.

El *cornezuelo de centeno*—*secale cornutum*—está constituído por unos cuernecitos alargados, de color violado obscuro, que se desarrollan en lugar del grano de centeno; también se presenta el cornezuelo en otros cereales. El cornezuelo no es otra cosa que una aglomeración de micelios de un hongo (*claviceps purpurea*) que invade los granos del cereal, los disgrega y, desarrollándose, en su lugar forman los típicos cuernecitos negruzcos. Por la influencia del micelio del hongo sobre los granos, además de otros muchos compuestos complicados, se forman aquellos principios que dan al cornezuelo de centeno su acción específica estimulante de las contracciones uterinas.

La acción de este medicamento es tanto más enérgica cuanto más excitable es el útero. Durante el embarazo, el órgano reacciona poco ó nada, hasta bajo la influencia de dosis muy altas. Por el contrario, la acción del cornezuelo de centeno sobre el útero, durante el parto ó en los primeros días que siguen al mismo, es muy rápida, por regla general. Como demuestra la experimentación, el útero de la mayoría de los pequeños mamíferos reacciona á la acción de los preparados de cornezuelo de centeno, con contracciones típicas y rítmicas, que aumentan al elevar la dosis del medicamento, pero que conservan siempre su carácter rítmico y peristáltico. Esto mismo puede ser observado á menudo en el útero de la mujer. Si se administra á una parturiente una fuerte dosis de cornezuelo de centeno, á los 10-15 minutos las contracciones, antes perezosas, se hacen más enérgicas, se repiten á intervalos breves y la salida del feto se efectúa en un tiempo mucho más corto de lo que pudiera esperarse. El éxito es, algunas veces, muy notable. Pero, en otros casos, por el contrario, la acción del cornezuelo de centeno sobre el útero parturiente es completamente distinta. Las contracciones reforzadas toman bien pronto un ca-

rácter tónico, constituyéndose la *musculatura del útero en un estado permanente de contracción espasmódica* que pone el órgano duro y doloroso sin ninguna tregua y el parto queda detenido. *Mientras tanto, el feto corre peligro de asfixia*, porque la contractura espasmódica de las paredes uterinas disminuye el aflujo de sangre arterial á la placenta, dificultando ó hasta impidiendo la respiración fetal.

La posibilidad de estos efectos anormales espasmodizantes del cornezuelo de centeno ha sido observada ya, desde hace muchos años, por los tocólogos; pero en muchas ocasiones se ha olvidado y el medicamento ha sido de nuevo recomendado como medio ecbólico. Basta haber presenciado una sola vez el *tétanos uterino* producido por la administración del cornezuelo de centeno y la muerte rápida del feto que sobreviene en estas circunstancias, para ser extraordinariamente cauto en el empleo, en las parurientes, de estos «*polvos de las contracciones*». Yo aconsejo no dar nunca el cornezuelo de centeno en el período dilatante y limitarlo, en el período expulsivo, á aquellos casos, en los cuales exista la posibilidad de terminar el parto tan pronto como el feto corra peligro. Cuando, existiendo pereza en las contracciones, tratéis de ensayar este medio, no os olvidéis nunca de comprobar el estado de las contracciones del útero y los caracteres de los latidos del corazón fetal, estando prontos á recurrir al forceps.

Después de expulsado el contenido uterino, ya no tiene razón de existir el temor contra el cornezuelo de centeno. Por el contrario, en estos momentos, una buena contracción permanente de la víscera, como la que se obtiene con el empleo del cornezuelo, es deseable; así es que se hará libre uso del medicamento, siempre que el estado de contracción del útero deje que desear.

KOBERT (1885) ha aislado del cornezuelo de centeno dos substancias activas, á una de las cuales, que tiene el carácter de ácido, le dió el nombre de *ácido esfacelínico*, y el otro un alcaloide, al que denominó *cornutina*. Esta última, ya en pequeñas dosis, provoca fuertes espasmos, seguidos de parálisis, y no puede ser utilizada en obstetricia; por el contrario, el ácido esfacelínico, al mismo tiempo que determina alteraciones en los vasos sanguíneos, provoca enérgicas contracciones del útero. Según las recientes investigaciones de JACOBI (1897), el principio que da al cornezuelo de centeno su propiedad específica sobre el útero sería una resina ro azoada—la *esfacelotoxina*, la cual se combinaría con un cuerpo indiferente de color amarillo de oro, la *ergocrisina*, y un alcaloide, también indiferente, la *secalina*, dando substancias activas, á las que llama *crisotoxina* y *secalinotoxina*. BARGER, CARR y DALE han presentado recientemente un preparado, la «*ergotoxina*», que parece tener la misma acción que el ácido esfacelínico de KOBERT.

Como que estas substancias no son todavía suficientemente características, ni han sido aisladas en el estado de pureza que fuera de desear, se recomienda en la práctica el empleo del cornezuelo de centeno en substancia; éste se usa en polvo (0,5—1,0 gramos varias veces, á intervalos de un cuarto de hora) ó en infusión (10 : 150, una cucharada grande cada $\frac{1}{2}$ ó 1 hora). El cornezuelo de centeno se descompone fácilmente y sólo es eficaz cuando es fresco. Para inyecciones subcutáneas se usa el extracto de cornezuelo de centeno ó *ergotina*, que se prepara por diálisis (*ergotinum dialisatum*), siendo muy eficaces algunas que, como especialidad, se encuentran en el comercio (BOMPELÓN, DENZEL y otros). Si se usa la ergotina dializada se preferirá conservarla pura, diluyéndola á partes iguales con agua en el momento de cargar la jeringuilla, puesto que el prolongado contacto con el agua la altera, quitándole su eficacia. Las inyecciones, una ó dos seguidas, se practican en el espesor del tejido celular subcutáneo de la nalga. En esta región son mucho menos dolorosas que en la piel del abdomen ó en el muslo.

El cornezuelo de centeno es sobrepasado, de mucho, por el *extracto de hipófisis*, tanto en la energía de su acción reforzante sobre las contracciones uterinas, como en la ausencia de peligro. La influencia específica de dicho extracto sobre la musculatura lisa en general y sobre el útero grávido y puerperal en particular, ha sido comprobada experimentalmente en los animales, primero por DALE y después por FRÖHLICH y FRANKE-HOCHWART. El extracto de hipófisis, que hoy se encuentra en el comercio, como *pituitrina* ó *pituglandol*, bajo la forma de un líquido claro como el agua, ha sido introducido en la práctica obstétrica por HOFBAUER, que nos ha facilitado con él un estimulante ideal de las contracciones uterinas que, á la dosis de un gramo en inyección subcutánea, aumenta de un modo admirable la fuerza y la frecuencia de las mismas, lo cual permite oponerse á la lentitud del parto y evita muchas intervenciones operatorias. En las embarazadas este medio obra poco ó nada: en el período de dilatación su acción es ya muy manifiesta; pero donde provoca contracciones verdaderamente potentes, es en el período de expulsión. Al propio tiempo, faltan todas las acciones nocivas, hasta el punto de que no han sido observados casos de contracciones espasmódicas ni de asfixia del feto.

2. Energía excesiva de las contracciones

La fuerza de las contracciones es proporcionada normalmente á la resistencia que éstas han de vencer para obtener la dilatación del cuello y la expulsión del feto. Las grandes resistencias, como, por ejemplo, las que existen en las primíparas con tejidos rígidos, ó en los casos de estrecheces de la pelvis, exigen una mayor suma de trabajo y, por lo tanto, una actividad más enérgica de las contracciones uterinas. En estos casos las contracciones no deberían considerarse como excesivas. Su intensidad es proporcional á la resistencia y son, por lo tanto, normales en tales circunstancias. Sólo diremos que las contracciones son *demasiado fuertes* si su intensidad no es proporcional á las resistencias, ofreciendo desde el principio del trabajo una violencia desproporcionada, haciéndose subintrantes ó repitiéndose á intervalos muy cortos. La parturiente se queja ó gime, ó bien ha perdido en parte el conocimiento á causa de lo excesivo del dolor. La cara está congestionada, vultuosa y tiene un color rojo azulado; los ojos están inyectados. La mujer siente gran estímulo por hacer esfuerzos, hasta que, acompañada de un fuerte grito y de rechinar de dientes, tiene lugar la expulsión simultánea del feto, orina, heces y gases intestinales (WIGAUD). Si las partes blandas ceden con facilidad, el feto recorre la totalidad del canal del parto en un tiempo increíble por lo corto, algunos minutos en las múltiples. En el mismo momento en que se rompen las membranas, la cabeza desciende á la vagina y después de algunas contracciones recorre el plano perineal. Se designa con el nombre de «parto precipitado» el que puede presentarse encontrándose la mujer en la calle, en el tren, en el retrete, etc.

Sobre las causas de contracciones tan violentas, poco podemos decir. Como agen-

tes causales se citan de ordinario una hiperexcitabilidad del útero por excesivo cansancio físico ó empleo inoportuno de remedios excitantes de las contracciones, etc.

El parto precipitado no está exento de peligros para la madre y para el feto. La *madre*, por el paso brusco de la cabeza fetal á través de partes blandas no bien preparadas, puede sufrir rasgaduras del cuello ó del periné; en algunos casos han sido observadas lipotimias graves á consecuencia del descenso rápido de la presión intraabdominal, é inversiones del útero. Pero el peligro principal es la atonía del útero que sobreviene después de la rápida evacuación de su cavidad. El adosamiento retractorio de las fibras musculares uterinas requiere, para ser completo, no sólo la acción de las contracciones uterinas, sino también cierto tiempo. Cuando el útero se evacua, por así decir, de golpe, las paredes no tienen tiempo de seguir al contenido, sino que quedan delgadas y flácidas, y del sitio de implantación de la placenta sale sangre en gran abundancia.

El *niño* puede ponerse asfíctico ya durante el parto á consecuencia de la energía y larga duración de las contracciones; también puede sufrir daño, más ó menos considerable, cayendo desde los órganos genitales al suelo; en estas condiciones son posibles las fracturas del cráneo ó las roturas del cordón umbilical, con la consiguiente pérdida de sangre. De ordinario las mujeres, si son sorprendidas por el parto fuera de la cama, se colocan agachadas ó de rodillas, con lo que se atenúa mucho la caída del feto. Pero es también exacto que pueden darse partos verdaderamente imprevistos que se verifican encontrándose la mujer de pie ó en el retrete, y el niño puede sufrir lesiones sin la menor culpa por parte de la madre. Esta cuestión tiene interés médico-legal, puesto que se relaciona con el infanticidio, debiendo determinarse en ciertos casos si las lesiones que presenta el niño son la consecuencia de un crimen ó sencillamente de un parto precipitado.

De cuanto hemos dicho, se deduce cuáles son las reglas que hay que seguir en los casos de exceso de las contracciones. Si se llega á tiempo, se llevará á la mujer inmediatamente á la cama, colocándola de lado para disminuir todo lo posible la presión de las paredes abdominales, y en el momento de la salida de la cabeza se defenderá el periné mediante una enérgica contrapresión. Contra los dolores excesivos y la sobreexcitación de la paciente, el cloroformo es el medio más eficaz. El período de alumbramiento será vigilado de una manera muy cuidadosa por el peligro de que se presenten hemorragias graves. Si el parto hubiese tenido lugar en la vía pública, es necesario una cuidadosa desinfección de los órganos genitales que es muy fácil se hayan ensuciado con el polvo y el contacto de manos poco limpias.

3. Contracciones espasmódicas

Cuando la actividad uterina es normal, los dolores y las pausas se suceden de una manera rítmica. Si las pausas se suprimen y el útero entra en un estado de contracción permanente, tendremos el *espasmo* ó la *contracción espasmódica*.

No hemos de negar que el diagnóstico «contracciones espasmódicas» es muchas veces establecido de una manera equivocada en casos en que se trata de contracciones excesivamente dolorosas, distensión exagerada del útero ó rigidez del cuello. Además, una retracción excesiva de la musculatura uterina puede ser confundida con las contracciones espasmódicas. Si existen importantes obstáculos mecánicos al parto, como, por ejemplo, un alto grado de estrechez pélvica, ó una situación transversal que imposibilitan la expulsión del feto, á cada nueva contracción el cuerpo del útero se eleva más y más sobre el feto, hasta que este último es, por así decir, parido en el interior de la cavidad del cuello enormemente dilatada. De este modo, el cuerpo del útero concluye por no tener en su interior más que una pequeñísima parte de feto; sus paredes, por la retracción que han experimentado, se presentan considerablemente espesadas, y después que se han expulsado la mayor parte de las aguas, están muy adosadas al cuerpo del feto. En la parte inferior del abdomen puede percibirse el útero bajo la forma de un tumor duro como la piedra y muy inclinado de lado, el cual está separado del cuello distendido y adelgazado por un surco circular. La mano introducida llega hasta la cavidad del cuello, pero no puede pasar más allá del anillo de contracción, el cual, adosado fuertemente al feto, resiste las más enérgicas tentativas. Este estado es descrito y diagnosticado con frecuencia como «*tétanos uterino*». Evidentemente no se trata aquí de una contracción activa y durable de la musculatura del órgano, como la que es propia del útero recientemente evacuado, sino de un espesamiento ó retracción de las paredes uterinas.

Las verdaderas contracciones espasmódicas del útero, es decir, la contracción tónica de sus fibras musculares lisas, constituyen una eventualidad bastante rara; pueden afectar al órgano en su totalidad—*espasmo general del útero*—ó interesan tan sólo algunos fascículos musculares—*espasmo parcial*.

Mientras persiste el espasmo, el parto no progresa, del mismo modo que los músculos estriados desempeñan un trabajo cuando se contraen, pero no cuando se encuentran en estado de rigidez tetánica; así, el músculo uterino consigue la dilatación de sus orificios y el progreso de su contenido sólo cuando las contracciones se suceden de una manera rítmica. La contractura tetánica no hace avanzar el parto, sino que tan sólo aumenta de un modo permanente la presión intrauterina y los trastornos de la circulación placentaria.

De lo referente al *espasmo general*, ya nos hemos ocupado suficientemente al describir los efectos de las dosis excesivas de cornezuelo de centeno. Estados análogos se observan, algunas veces, como consecuencia de las duchas calientes ó de otros tratamientos destinados á acelerar el parto, así como también de las exploraciones repetidas y rudas de la rotura prematura de la bolsa de las aguas, etc. Los grados extremos de este espasmo, que bien merecen el nombre de «*tétanos uterino*», se observan después de múltiples é infructuosas tentativas para evacuar el útero cuando, repetidas veces, se ha introducido en el útero la mano para hacer la versión ó aplicar el forceps, y el contenido del útero está en vías de descomposición pútrida.

Las paredes uterinas están fuertemente tensas, rígidas y dolorosas; pero á diferencia de lo que sucede en la simple retracción, aquí no puede notarse el anillo de contracción. La parturiente tiene una continua sensación de peso en el hipogastrio, el pulso es frecuente, la temperatura se eleva, la inquietud general aumenta y sólo bajo la influencia de una profunda narcosis se va resolviendo gradualmente el estado tetánico.

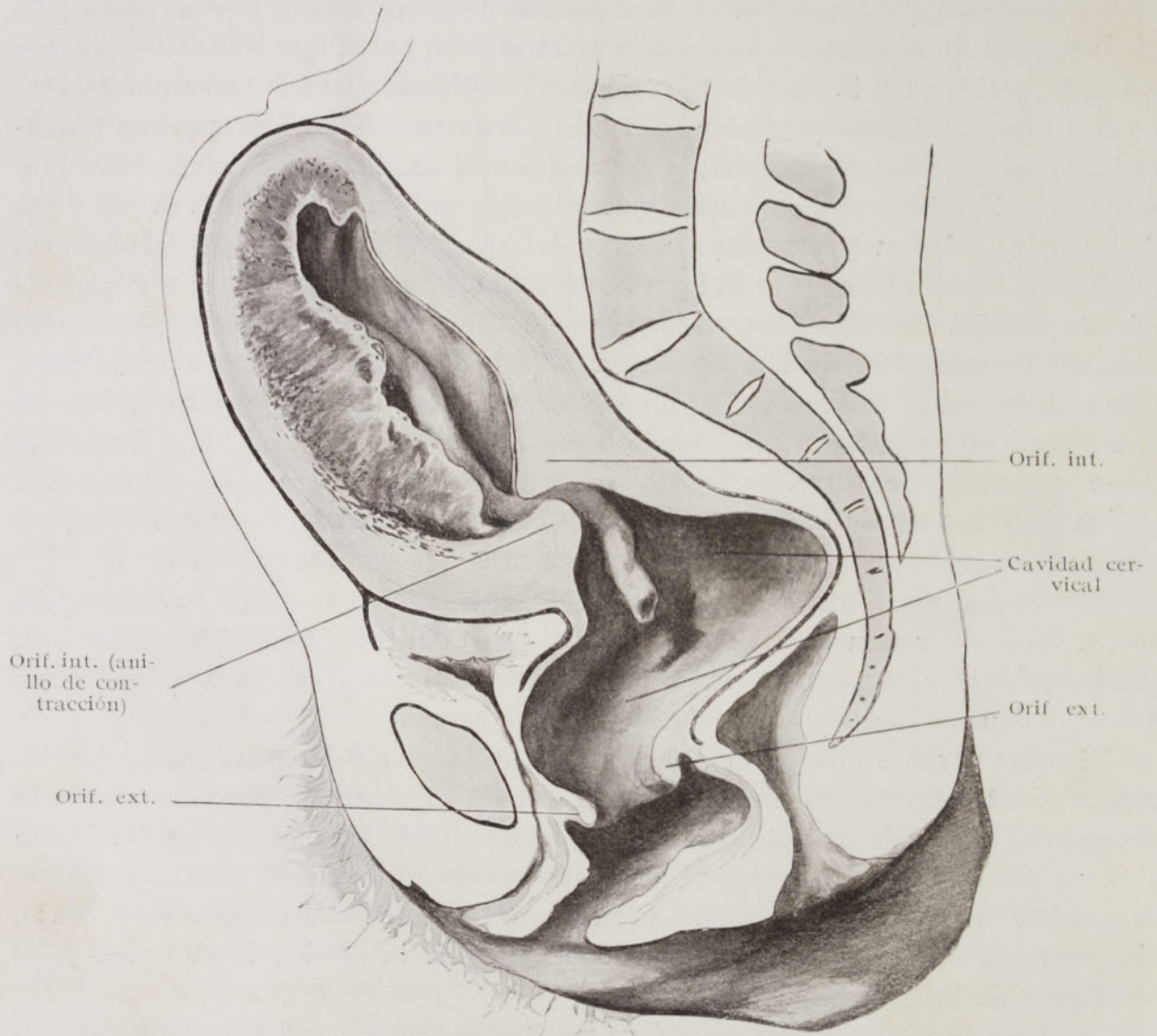


Fig. 343

Estrechamiento espasmódico del orificio interno con retención de la placenta

El *espasmo parcial* afecta con más frecuencia á las fibras musculares del cuello uterino que están dispuestas circularmente, por cuyo motivo se describe como *estrechamiento espasmódico* ó *espasmo del esfínter*. También aquí la causa habitual consiste en las irritaciones mecánicas que afectan de un modo preferente al segmento inferior del útero.

En el período dilatante, la zona espasmódica corresponde al *orificio uterino externo*. En los casos muy acentuados, el cuello distendido por la presentación ha descendido profundamente en la pelvis, y los bordes del orificio uterino están muy tensos y cortantes, conservando estos mismos caracteres durante las pausas y manteniéndose adosados á la presentación y de consistencia tendinosa. Las mujeres —se trata casi siempre de primíparas— se encuentran muy excitadas y se quejan de un dolor gravativo, sumamente penoso, en el sacro. Con frecuencia se agrega á esto un tenesmo rectal y vesical dolorosísimo.

Los estrechamientos espasmódicos del período expulsivo del alumbramiento, se encuentran siempre por encima del anillo de contracción en la región del *orificio interno*. Allí se forma un anillo muscular rígido que, por ejemplo, cuando la cabeza sale la última, puede apretar el cuello del feto, determinando la estrangulación, ó bien dejar la cabeza encerrada en la cavidad uterina. La figura 343 representa un caso de incarceration de la placenta, producida por este estrechamiento espasmódico. Este anillo constrictor da al canal genital el aspecto de un reloj de arena, y de ahí la denominación inglesa: «*hourglass-contraction*». Si se introduce la mano en el útero para desprender la placenta, se llega á una cavidad completamente cerrada, al parecer, y el que no conociese bien el verdadero estado de las cosas, podría creer que se encontraba en el interior de la cavidad uterina y que estaba en presencia de un caso de perforación del útero, con penetración de la placenta en la cavidad abdominal. Tan sólo al ceder la contractura, la mano puede llegar hasta la placenta, y se reconoce claramente que el saco de paredes flácidas era la cavidad del cuello dilatada.

La *terapéutica de las contracciones espasmódicas* se resume en pocas palabras: se administran los narcóticos á altas dosis. Son recomendables, por la escasez de sus efectos secundarios, la tintura de opio en enemas—15-20 gotas varias veces al día—. La acción de los narcóticos es ayudada por los baños generales calientes (36°-38° C.), cuya duración será de media á una hora.

Si al mismo tiempo que el espasmo existe alguna indicación para la evacuación rápida del útero, el mejor medio para vencer el espasmo es la *narcosis cloroformica profunda*, que eventualmente podrá asociarse á una inyección hipodérmica de morfina.

No se introducirá la mano en la cavidad uterina hasta que haya cesado el espasmo; las tentativas prematuras no hacen otra cosa que exacerbar el espasmo, y si se intenta forzar la entrada pueden sobrevenir roturas del útero.

Anomalías de la presión abdominal

La actividad de los músculos abdominales en el parto puede ser irregular cuando *empiece demasiado pronto y sea extraordinariamente débil ó viva en exceso*.

La presión abdominal no debe empezar hasta que se hayan roto las membranas, el cuello esté completamente dilatado y no exista ningún obstáculo que se oponga

á que el feto avance por el canal del parto. Los *esfuerzos prematuros* como los que ejecutan desde el principio las mujeres excitables y miedosas, ó aquellas en las cuales se han evacuado las aguas antes de tiempo, agotan inútilmente las fuerzas y determinan una fuerte distensión de la pared anterior del cuello uterino, por la compresión de la cabeza.

Pero la anomalía que observaréis con mayor frecuencia es la *escasa eficacia ó insuficiente acción* de la presión abdominal, ó es la mujer que no quiere hacer fuerza de un modo ordenado, porque teme el dolor que se produce al avanzar la presentación, ó bien la presión abdominal no puede cumplirse porque el abdomen es péndulo ó existe diastasis de los músculos rectos. En el abdomen péndulo, los músculos, excesivamente distendidos y atróficos, al contraerse no están en aptitud de aumentar la presión intraabdominal, y en la diastasis de los rectos del abdomen el útero escapa hacia adelante por la amplia hendidura que queda entre dichos músculos. No raras veces, la defectuosa actividad de la presión abdominal se combina con una debilidad secundaria de las contracciones uterinas. Falta en estos casos el potente estímulo para una presión eficaz, y los esfuerzos voluntarios de la parturiente no llegan, ni con mucho, á la fuerza desplegada por la contracción de los músculos abdominales cuando se desarrolla espontáneamente por vía refleja, haciendo su acción sinérgica con la contracción uterina. Los tumores de la región hipogástrica y la repleción de la vejiga ó del intestino pueden también disminuir la energía de la presión abdominal. La falta de esta última da siempre por resultado una prolongación del trabajo del parto, y si las contracciones uterinas son asimismo débiles, dicho trabajo puede llegar á detenerse por completo. La cabeza se encuentra sobre el suelo perineal; pero es posible que la mujer no sea capaz de vencer el obstáculo representado por un periné flácido.

Cuando la presión abdominal es voluntariamente reprimida por miedo á los dolores, prestará buenos servicios el empleo de unas cuantas gotas de cloroformo. Si se trata de debilidad muscular ó de diastasis de los rectos y la cabeza se encuentra ya coronando en la vulva, puede intentarse la expresión uterina; pero el forceps es el medio más sencillo y mejor tolerado por la mujer para terminar el parto.

Es raro que tengáis que quejaros de la *presión excesiva* desarrollada por los músculos abdominales. Muy frecuentemente los dolores concuasantes sentidos en el momento del desprendimiento de la cabeza, hacen á la mujer sorda á todo género de exhortaciones y consejos; provocan esfuerzos tan violentos, que la cabeza podría vencer de repente la resistencia opuesta por el periné. El excesivo grado de intensidad que puede llegar á desarrollar la presión de las paredes abdominales, lo demuestra los casos de enfisema subcutáneo del cuello y de la cara que se observan algunas veces en las púerperas, como consecuencia de la rotura producida en los alvéolos pulmonares superficiales en el momento del esfuerzo. Contra estos esfuerzos excesivos se emplea la posición lateral, la cual disminuye la fuerza de los músculos abdominales y permite la vigilancia y protección del periné.

Bibliografia

- LAHS, Die Geburt b. unterbrochenem allg. Inhaltsdruck. Schriften d. Ges. z. Beförd. d. Naturwissensch. z. Marbux. X. 1874 und die Theorie d. Geburt. Bonn 1877. MARTIN, Ueber tonische Krampfwehen. M. f. Geb. 21. AHLFELD, Ueber die Ursachen d. Wehenschwäche etc. Deutsch. med. Wochenschr. 1885. LÖHLEIN, Ueber subacut. Endometritis i. d. letzten Zeit der Grav. (Rheumatismus ut.) C. f. Gyn. 1892. Nr. 16. HOFMEIER, Ueber Kontraktionsverhältnisse des kreissenden Uterus und ihre eventuelle Behandlung. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 6. H. W. FREUND, Die durch Verengerung des Kontraktionsringes bedingte Retention der Placenta. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 16. WINCKEL, Ueber die Bedeutung d. praecip. Geburten f. die Aetiologie d. Puerperalfiebers. München 1884. KOCK, Präcip. Geburten u. Nabelschnurzerreissung. Arch. f. Gyn. 29. O. SCHÄFFER, Die Wehentätigkeit. Berlin 1896. STRASSMANN, Ueber Sturzgeburt. Deutsch. med. Wochenschr. 1891.
- KOBERT, Ueber die Bestandtheile u. Wirkungen des Mutterkorns. Leipzig, Vogel 1884 u. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 18 u. C. Bl. f. Gyn. 1886. SCHATZ, Anregung und Regelung d. Wehen durch Secale. Deutsch. med. W. 1884 u. C. f. Gyn. 1889. v. SÄXINGER, Deutsch. med. Wochenschr. 1885. JACOBI, Das Sphacelotoxin, der spezifisch wirksame Bestandtheil d. Mutterkorns. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 39, 1897. BENNECKE, Der heutige Stand der Mutterkornfrage. Arch. f. Gyn. 83, 1907. KEHRER, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Mutterkornpräparate Arch. f. Gyn. 84.
- BAYER, Über geburtshülf. Elektrotherapie etc. Volkmann's Samml. klin. Vort. 358. BUMM, Untersuch. über die elektr. Reizbarkeit des Uterus bei Schwangeren, Kreissenden u. Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. 24. FRANZ, Studien zur Physiologie des Uterus. Ztschr. f. Geb. und Gyn. 53. Bd. 1904. KRISTELLER, Expression. M. f. Geb. 29. BIDDER, Die Kristeller'sche Expression i. d. Eröffnungsperiode etc. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 2. BOKELMANN, Ueber die Anwendung äusseren Drucks bei Schädellagen. Graefe's Samml. zwanglos. Abh. d. Frauenheilk. u. Geb. 5. Halle 1904. SPÖNDLY, Ueber die Wirksamkeit des Chloralhydrats b. Krampfwehen. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 6. HOTBAUER, Hypophysenextrakt als Wehenmittel. C. f. Gyn. 1911. Nr. 4.

Lección XX

Anomalías de las presentaciones fetales: 1. Presentaciones de deflexión y sus causas.—Parto en presentación de síncipucio.—Parto en presentación de cara.—Anomalías del mecanismo habitual del parto en presentación de cara.—Parto en presentación de frente.—2. Presentaciones podálicas; parto de nalgas y de pies.—3. Presentaciones transversales.—
Causas, curso del parto, diagnóstico y tratamiento

SEÑORES: Vamos á ocuparnos ahora de aquellos trastornos del parto ó distorcias que tienen su origen en anomalías de la actitud y situación del feto.

Rigurosamente fisiológico es tan sólo el *parto en presentación de vértice*. Todas las desviaciones de esta presentación típica llevan en sí mayores peligros para la madre ó para el feto, y deben, por lo tanto, ser consideradas como anormales. Bajo el punto de vista puramente teórico, las anomalías de actitud y situación del feto en el útero son extraordinariamente numerosas, y en relación con ellas habría también gran número de presentaciones anormales del feto. En los tiempos de BAUDELOQUE se llegaron á distinguir hasta 94, clasificándolas en clases, órdenes, especies, variedades y formas anómalas. Estas divisiones artificiosas, creadas desde el momento en que cualquier región del cuerpo del feto constituye, de un modo accidental ó temporal, la parte que se presenta, no tienen ningún valor práctico y han caído en desuso desde hace mucho tiempo. Teniendo en cuenta el modo como obran las fuerzas del parto sobre el feto para determinar el mecanismo del trabajo, las diversas anomalías de actitud y situación del feto pueden reducirse á pocos tipos. Es suficiente con distinguir los siguientes *tres tipos de presentación anormales*: 1, *presentaciones de deflexión*; 2, *presentaciones de la extremidad pelviana*; 3, *presentaciones transversales*.

1. Presentaciones de deflexión

Presentaciones de sincipucio, de frente, de cara

En las presentaciones de deflexión falta la actitud fisiológica de flexión de la cabeza y del tronco y es substituída por una extensión más ó menos completa. De

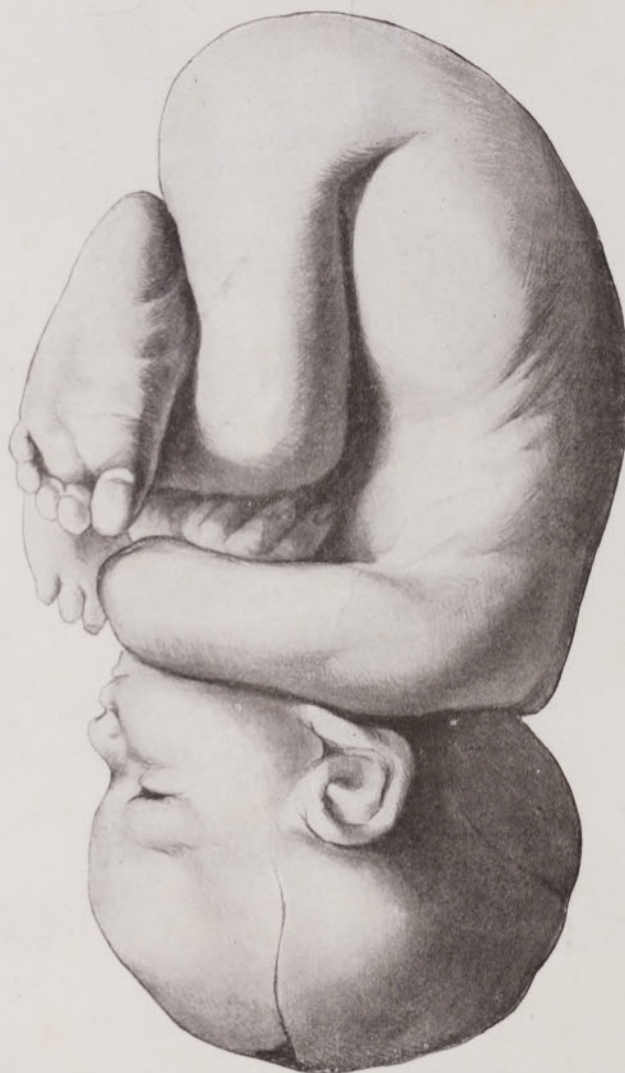


Fig. 344

Deflexión inicial de la cabeza

El sincipucio constituye la parte que se presenta

este modo, en vez del occipital, que en la flexión normal de la cabeza constituye el punto más inferior del ovoide fetal, se presenta otra zona de la cabeza. Si la extensión es moderada, el mentón se aleja poco del pecho y la región del sincipucio es la que se encuentra en el centro del estrecho superior, diremos que la *presentación es sincipital ó bregmática* (fig. 344).

Si la deflexión de la cabeza se acentúa más, la frente es la parte que se presenta, y si la extensión llega al máximum, la cara está situada en el centro de la pelvis y tendremos las *presentaciones de frente y de cara*. En estas dos últimas anomalías de actitud, la porción cervical de la columna vertebral se encuentra en extensión



Fig. 345

Grado mayor de deflexión de la cabeza
La frente constituye la parte que se presenta



Fig. 346

Deflexión completa de la cabeza
La cara es la parte que constituye la presentación

forzada, como podéis ver en las figuras 345 y 346, y el occipital está aplicado á la nuca, de modo que el dorso se hace entrante y el tórax prominente está en contacto con la pared uterina.

La actitud de extensión de la cabeza puede establecerse ya durante el embarazo, si un bocio congénito ó cualquier otro tumor del cuello ó del tórax impiden la aproximación del mentón á la pared torácica anterior. Pero estos casos de deflexión «*primitiva*» son raros. De ordinario, la deflexión que da origen á las presentaciones

de sincipucio, de frente y de cara, se verifica de una manera secundaria en el curso del parto, en el momento en que la cabeza ha de confrontar con el estrecho superior. Si entonces el occipital, por un motivo cualquiera, no puede progresar, se detiene y las contracciones concluyen por impulsar hacia abajo el bregma, después la frente y, por último, la cara, cuando ya llega la deflexión al grado máximo. Este movimiento de extensión puede ser interrumpido en cualquier momento. Si la suspensión tiene lugar en un principio y la deflexión moderada queda definitiva, el parto



Fig. 347

Deflexión primitiva de la cabeza

Recién nacido con bocio congénito

se verifica en presentación sincipital. Si la deflexión continúa hasta llevar la frente al centro de la pelvis, lo ordinario es que las contracciones uterinas la completen, dando origen á una presentación de cara. Las presentaciones de cara son mucho más frecuentes que las de frente, puesto que, para que esta última quede fija en el estrecho, se necesita el concurso de circunstancias especialísimas, que es muy raro se reúnan.

Toda causa que sea capaz de detener el descenso del occipucio puede motivar el movimiento de deflexión. Obran de este modo, en primer término, las estrecheces de

la pelvis, la rigidez y contractilidad exagerada del segmento inferior del útero. También el volumen excesivo de la cabeza, sobre todo cuando está muy alargada en sentido sagital y el occipital es muy saliente, puede ser causa de este movimiento anormal, por detención del occipucio en el estrecho superior. Entre las causas de la presentación de cara, HECKER señala la forma dolicocefálica del cráneo del feto. Es evidente que muchos niños nacidos en presentación de cara tienen un tipo de cráneo

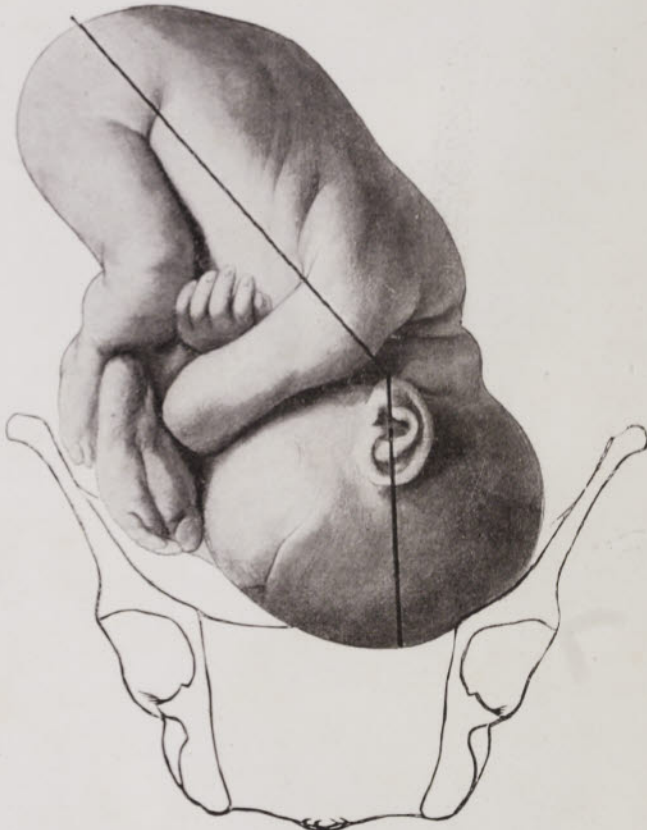


Fig. 348

Oblicuidad del feto con el plano abdominal dirigido hacia abajo

El fondo del útero está inclinado lateralmente

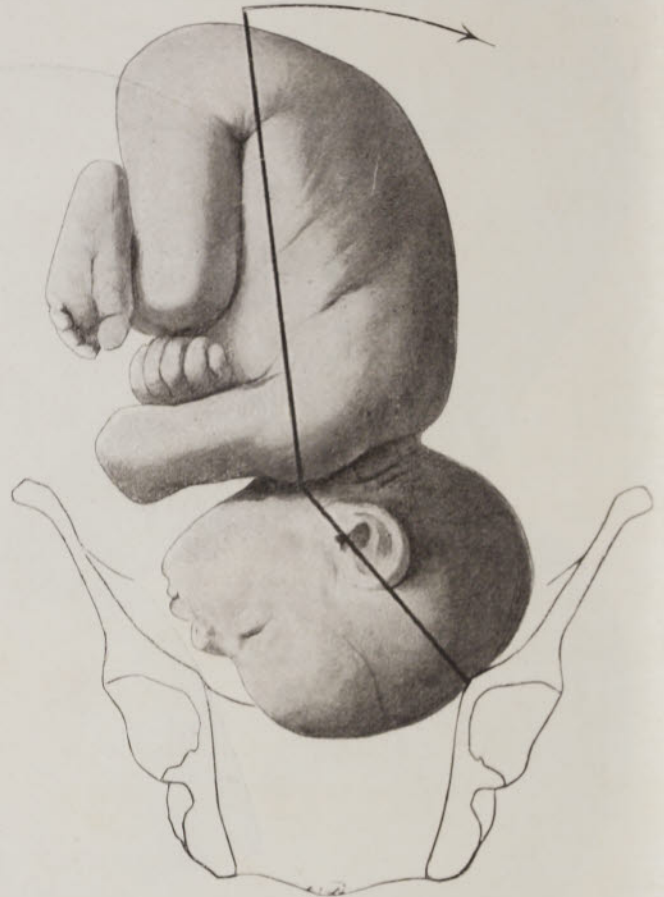


Fig. 349

Elevación del fondo bajo la influencia de una contracción

El tronco del feto se coloca en la dirección del eje materno y de este modo se establece la deflexión de la cabeza

marcadamente dolicocefálico, con el occipucio muy saliente; pero es mucho más probable que esta configuración especial se produzca durante el curso del parto en presentación de cara por adaptación al canal pélvico, es decir, que la forma del cráneo habría de ser considerada como consecuencia y no como causa de la presentación de cara.

Finalmente, la deflexión puede todavía ser el resultado de influencias anormales que ejercen su acción sobre el tronco, tendiendo á colocar la *columna verte-*

bral en extensión. DUNCAN ha sido el primero que ha demostrado que la oblicuidad del útero predispone á la deflexión de la cabeza cuando el fondo de la víscera está inclinado hacia el lado á que está dirigido el occipital. El tronco del feto se inclina hacia el lado del occipital, lo que favorece la separación del mentón de la pared torácica anterior y, por lo tanto, la extensión de la cabeza. Como que el fondo del útero está inclinado con mucha mayor frecuencia hacia el lado derecho y sólo muy raras veces al izquierdo, de aquí que se observen más á menudo las presentaciones de cara como derivación de la segunda posición de vértice. Según SCHROEDER, se produce el mismo efecto en la oblicuidad del feto con el plano abdominal vuelto hacia abajo. La fig. 348 da idea de esta situación. El útero flácido está desviado hacia un lado, junto con la extremidad podálica del feto, y la cabeza se desvía hacia el íleon izquierdo; al empezar las contracciones el útero se pone erguido, dirigiéndose hacia la línea media, y el tronco sigue el mismo movimiento; si la cabeza sigue al cuerpo del feto en este movimiento y se coloca en la parte central del estrecho superior, se establece la presentación normal de vértice; pero si no sucede así, el mentón debe alejarse del pecho (fig. 349). Con esto se inicia el movimiento de deflexión, que se va aumentando á cada nueva contracción, hasta que se produce una presentación de cara completa.

El parto en presentación de sincipucio

Como que en esta presentación la deflexión de la cabeza es escasa y no es tampoco pronunciada la extensión del tronco, los resultados del examen externo del abdomen de la parturiente suelen ser los mismos que en la presentación de vértice. En la primera posición, el dorso se encuentra dirigido hacia la izquierda y en la segunda hacia la derecha, en íntimo contacto con la pared uterina y, en ambos casos, es frecuente que esté dirigido hacia atrás, correspondiendo á la desviación que ofrece el occipital en esta misma dirección. Los tonos del corazón se perciben por la parte del dorso del feto.

A la exploración interna nos encontramos con que la gran fontanela es la parte del cráneo que está situada más baja y la primera que avanza en el canal del parto; la sutura frontal se encuentra fácilmente y puede seguirse hasta la glabella, mientras que la pequeña fontanela está mucho más alta y cuesta gran trabajo llegar á alcanzarla. De ordinario, la sutura sagital atraviesa oblicuamente el estrecho superior y el sincipucio está, desde un principio, dirigido hacia la pared anterior de la pelvis. Hasta cuando la cabeza se encaja encontrándose la sutura sagital dispuesta transversalmente, por poco que progrese, tiende á rodar el bregma hacia adelante. Esta rotación se hace completa en el estrecho inferior por la contrapresión ejercida por el suelo de la pelvis, y cuando la cabeza llega á aparecer en la vulva, se ve primero la región de la fontanela frontal y las regiones contiguas de los huesos frontales y pa-

rietales. El desprendimiento se verifica tal como está representado en las figuras 350 y 351. La frente, con las tuberosidades frontales, aparece por debajo del pubis, mientras que el occipucio se desliza por el plano perineal. Tan pronto como aquél ha pasado del periné y la cabeza ha recobrado, por lo tanto, su libre movilidad, ejecuta un movimiento de deflexión y sale por debajo del pubis.

Si la cabeza es voluminosa, y esto ocurre en cerca de la mitad de los casos, el



Fig. 350

Cabeza que ha llegado al plano perineal en presentación sincipital

parto evoluciona muy lentamente y se prolonga por largo tiempo, necesitándose grandes esfuerzos para que pueda distender y superar el plano perineal y para el desprendimiento de las eminencias frontales por debajo del pubis. La integridad del periné está aquí mucho más comprometida que en la presentación occipital, puesto que, desprendiéndose la cabeza por la circunferencia fronto-occipital (en lugar de hacerlo, como normalmente, por la suboccípito-frontal), el periné es distendido al máximum en el sentido transversal por la parte más ancha del cráneo, que es el diámetro biparietal.

El parto por el bregma tiene cierta analogía con el que se verifica en presenta-

ción de vértice, posición occípito-sacra, puesto que en ambos casos la frente y el bregma están dirigidos hacia la cara anterior de la pelvis, mientras que el occipucio se desliza sobre el periné. Pero hay una diferencia esencial en la disposición de la cabeza en ambos casos, que salta fácilmente á la vista, comparando las adjuntas figuras 350 y 351 con la 189, que representa el desprendimiento de una cabeza en occípito-posterior; en esta última, la cabeza está en flexión exagerada, mientras que en el caso actual existe una moderada extensión. Como que la cabeza en presentación sincipital no puede atravesar la pelvis de ningún otro modo, de aquí que la



Fig. 351

Salida de la cabeza en presentación sincipital

deformación plástica que adquiere á su paso por el canal del parto sea diferente de la que se observa en la presentación occipital con desprendimiento en occípito-sacra. En el primer caso, la cabeza es comprimida en la dirección fronto-occipital, modelándose una forma braquicéfala que, si se prolonga el período expulsivo, llega á la verdadera forma de cabeza de torre. La bolsa serosanguinolenta ocupa la gran fontanela y partes circunvecinas; la nariz está aplastada por la compresión que ha ejercido sobre ella la pared anterior de la pelvis (fig. 352).

Las dificultades que se presentan al final del período expulsivo, exigen no raras veces la terminación artificial del parto. Pero si la intervención no es reclamada

por síntomas verdaderamente amenazadores para la madre ó para el feto, es recomendable abandonar á las fuerzas naturales, por lo menos, el desprendimiento del bregma por debajo del pubis. Si engañados por el profundo encajamiento de la cabeza, se echa mano del forceps, esperando terminar fácilmente la extracción, no es raro encontrarse con dificultades exageradas dependientes de la presentación misma. Son necesarias, de ordinario, tracciones muy enérgicas para desprender



Fig. 352

Configuración de la cabeza en el parto por el bregma

Cabeza braquiocéfala

el bregma por debajo del pubis; cuando se ha logrado esto, el occipucio no encuentra dificultad para recorrer el periné.

El parto en presentación de cara

Como ya hemos indicado anteriormente, en las presentaciones de cara se distinguen también una posición primera y otra segunda. En la primera posición de

cara ó izquierda, el dorso está dirigido hacia el lado izquierdo del útero de la madre y, por consiguiente, la frente corresponde á la mitad izquierda y el mentón á la mitad derecha de la pelvis. Las relaciones son inversas en la segunda posición ó dere-

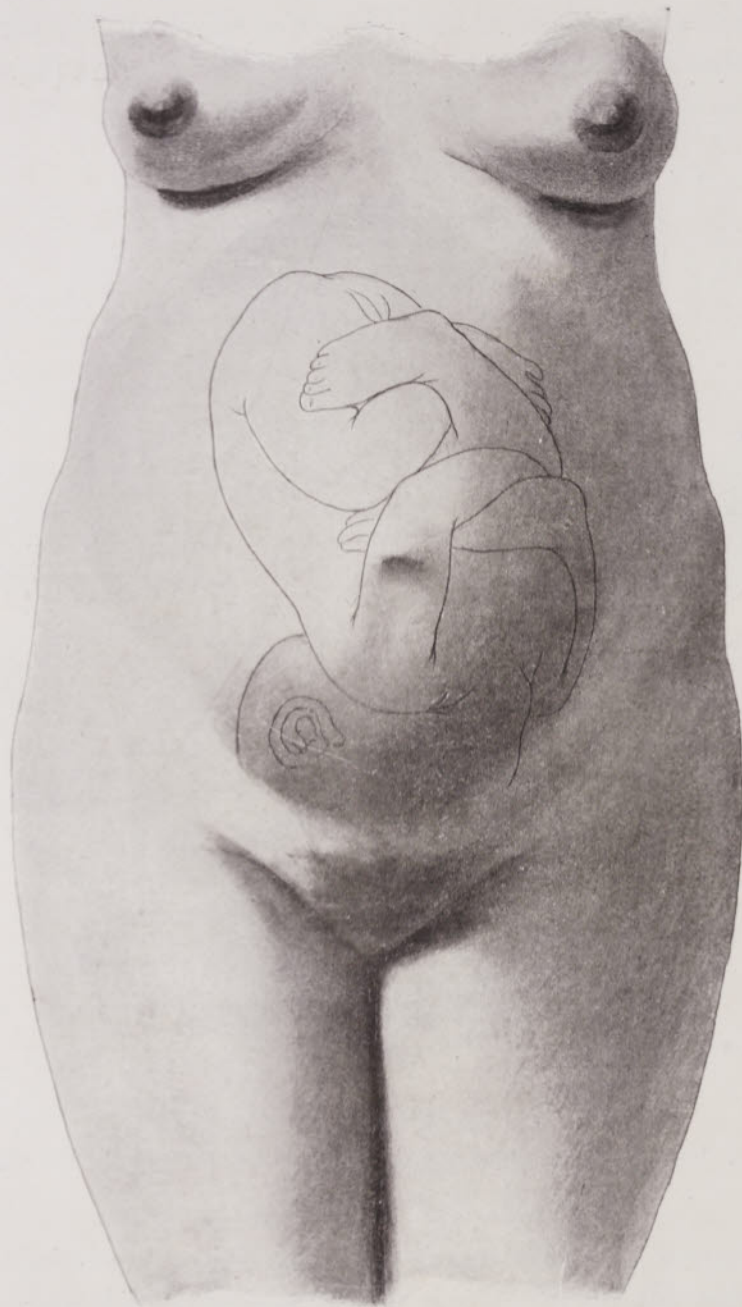


Fig. 353

Feto en segunda posición de cara

cha. De ordinario, ya al examen externo puede reconocerse bien el relieve formado por la deflexión de la cabeza; el occipital está hundido en la nuca y se percibe á la palpación, por encima del estrecho superior, como un abultamiento duro separado