

Después de haber atendido á la ligadura del cordón, se practicará un detenido examen externo é interno destinado á precisar la situación del segundo feto y á tener, en tiempo oportuno, un exacto conocimiento de la posible procedencia de pequeñas partes fetales. Si se comprueba una situación transversa, ó la procedencia del cordón ó de los miembros superiores, se practicará la versión y la extracción.

Si la presentación es favorable y la madre se encuentra bien, no hay ninguna indicación para proceder á la extracción del segundo feto; así es que podréis permanecer inactivos, esperando á que se presenten de nuevo las contracciones. Pero durante este tiempo se practicará repetidas veces la auscultación con el estetoscopio, á fin de comprobar el estado en que se encuentra el feto. Con la disminución de volumen del útero, que es la consecuencia de la expulsión del primer feto, pueden ocurrir fácilmente desprendimientos de la placenta que representan un serio peligro para el feto no expulsado todavía. Así, pues, tan pronto como percibáis una alteración en los latidos cardíacos, no perderéis un momento y procederéis á sacar al segundo gemelo de su peligrosa situación.

Merece también atención especial la asistencia al alumbramiento. Apenas ha salido á luz el segundo feto, con la mano colocada sobre el útero, se harán fricciones sobre el mismo, excitando sus contracciones, tan pronto como se note el menor signo de relajación. Como que el desprendimiento de la placenta gemelar y su expulsión al exterior requiere un tiempo más largo que el normal, se esperará todavía más que de ordinario para practicar la expresión del fondo del útero, á fin de evitar el peligro de provocar hemorragias por la intervención intempestiva.

Después de la expulsión de las secundinas no deberéis tampoco descuidar, durante algunas horas, la vigilancia del estado del útero, puesto que, según enseña la experiencia, este órgano tiene más tendencia á la atonía y alcanza su retracción definitiva con mayor dificultad y más lentamente que en el parto simple. La administración de una dosis alta de cornezuelo de centeno resulta un buen medio profiláctico contra la atonía y debería, por lo tanto, darse siempre después de los partos múltiples.

Una distocia interesante y peculiar á esta clase de partos, aunque, afortunadamente, se presenta raras veces, es el *encajamiento simultáneo de ambos fetos en la pelvis*, de modo que pueden dificultarse recíprocamente la progresión.

Se han observado diversas modalidades de estas complicaciones. En los fetos pequeños pueden encajarse simultáneamente las dos cabezas, ó bien ocurre la progresión simultánea de las nalgas de ambos; puede también suceder que uno de los fetos se coloque á caballo sobre el otro, que está situado transversalmente, ó, por último, que los gemelos se presenten cruzados, en presentación de vértice el uno y podálica el otro, llegando á adquirir entre sí las relaciones indicadas en la figura 254.

Iríamos muy lejos si hubiésemos de dictar las reglas que han de seguirse en esta clase de partos. Me limitaré, por lo tanto, á hacer observar que en el encajamiento simultáneo de dos fetos muy pequeños es posible el parto espontáneo ó favorecido con ligeras tracciones. Cuando se trata de gemelos bien desarrollados, ó bien se rechaza hacia arriba la parte que estorba de uno de los

fetos, ó bien se completa la extracción del primero por tracciones sobre los pies ó con el forceps, terminando después el parto con la salida del otro. Si no hay espacio suficiente no queda otro remedio que la craneotomía sobre un gemelo, para crear espacio suficiente á la salida del otro.

Diré dos palabras solamente á propósito de los embarazos *triples y cuádruples*: su producción se explica de la misma manera que la de los embarazos gemelares, y las diferencias estriban tan sólo en el número de productos de la concepción y en el desarrollo alcanzado por los huevos; los embarazos triples se producen, de ordinario, de modo que en el útero se fijan dos óvulos, de los cuales el uno tiene dos manchas embrionarias. Los fetos correspondientes á este huevo se comportan como gemelos univitelinos, tienen corion y placenta comunes y son de un mismo sexo, mientras que el tercero queda separado por un corion propio y se nutre por placenta independiente.

Cuanto mayor es el número de los fetos, tantas más probabilidades habrá de que sean expulsados en una época en que todavía no sean viables. Pero, de todos modos, se han visto nacer niños en buenas condiciones de vitalidad, no solamente en los partos triples, sino hasta en los cuádruples.

Bibliografía

- DUNCAN, On some laws of the production of Twins. In: Fecundity, Fertility, Sterility. Edinb. 1871. B. S. SCHULTZE, Ueber Zwillingschwangerschaft. Volkm. Samml. klin. Vortr. 32, 1872. REUSS, Zur Lehre von d. Zwillingen. Arch. f. Gyn. IV. KLEINWÄCHTER, Die Lehre v. d. Zwillingen. Prag. 1871. GOEHLERT, Die Zwillinge. ein Beitrag z. Physiol. d. Menschen. Virch. Arch. 76. SCHATZ, Die Gefäßverbind. d. Placentarkreisläufe eineiiger Zwillinge, Arch. f. Gyn. 24, 27, 29, 30. AHLFELD, Beitr. z. Lehre v. d. Zwillingen. Arch. f. Gyn. 9, 11, 14 u. Zur Diagnose d. Zwillingschwangerschaft. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. HELLIN, Die Ursache d. Multiparität etc. München 1895. BUDIN, De la grossesse gemellaire in «Leçons de clin. obstét.» Paris. Doin 1889 u. De la situation des oeufs et des Foetus dans la grossesse, gemel. Progrès méd. 1882. WEINBERG, Beitr. Phys. u. Path. d. Mehrlingsgeb. b. Mensch. Arch. f. d. des Physiol. 88, 1901. BREUS, Z. Lehre v. d. Acardiatis. Wien. med. Jahrb. 1882. AHLFELD, Entstehung d. Acardiati. Arch. f. Gyn. 14. POPPEL, Ueber herzlose Missgeburten, M. f. Geb. 20. P. STRASSMANN, Die mehrfache Schwangerschaft. v. WINCKELS, Handb. der Geb. I, 2. 1904. (En este trabajo se encuentran abundantes datos bibliográficos.)
- SANITER, Drillingsgeburten. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 46. H. H. TORPE, Geburt v. Vierlingen u. J. F. PEARCE: Geburt von Fünflingen. Med. Nesw. Phil. 1876, Nov. Ctrbl. f. Gyn. 1877, 34. VOLKMANN, Eine Fünf- lingsgeburt. Ctrbl. f. Gyn. Bd. III, 1879, S. 461. WEINBERG, Zur Kassiistik d. Fünf- lingsgeburt. Deutsch. med. Wochenschr. 1899, Nr. 24. VASALLI, Caso di gravidanza sesquigemellare. Gaz. med. lomb. 47. 2. Giugno 1888. GUZZONI, A proposito di un caso di gravidanza sesquigemellare. Modena 1889. GUZZONI, Contributo alla statistica del parto multiplo. Atti della Soc. ital. di ost. e gin. Vol. VI. Roma 1900. KLINGELHOEFFER, Zwillingsgeb. mit beiden Köpfen im Becken. Berl. klin. Wochenschr. 1872, Nr. 2. u. 3. Ebenso: REIMANN, Am J. obst. X. GRAHAM WEIR, Edinb. med. J. 1880. RUPPIN, Zwillings- u. Drillingsgeb. in Preussen. Deutsch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 38. G. C. NIJHOFF: Fünf- lingsgeburten. Ein Fall von Fünf- lingsgeburt. 4^o mit Tafeln bei WOLTERS, Gröningen 1904. Baudouin Sechslingsgeburten. Gaz. méd. d. Paris 1904, Avril 2. u. 30.

PARTE PATOLÓGICA



Lección XIV

Enfermedades del organismo materno que complican los procesos de la generación: *a)* Trastornos que son producidos por el embarazo: anemia, clorosis, hidremia, anemia perniciosa aguda, leucemia, diátesis hemorrágica. Trastornos funcionales de los riñones, riñón gravídico. Atrofia aguda del hígado. Neurosis del embarazo (hiperemesis, ptialismo, corea), psicosis. *b)* Enfermedades accidentales: enfermedades infecciosas agudas (tuberculosis, sífilis); afecciones de los intestinos y de los órganos circulatorios y respiratorios

SEÑORES: Hasta aquí nos hemos ocupado del curso típico del embarazo, parto y puerperio fisiológicos. Estos mismos procesos han de seguir siendo todavía objeto de nuestro estudio, pero considerados en condiciones anormales ó morbosas.

Comencemos, pues, por el estudio de la *gestación* bajo este nuevo punto de vista, considerando en primer término las relaciones existentes entre el estado grávido y las *enfermedades de la madre*. Y á este propósito, se presentan aquí como posibles dos contingencias diversas; de una parte, el embarazo puede predisponer á determinados trastornos de las funciones del organismo materno, y de la otra, ciertas enfermedades accidentales de la madre pueden ejercer una influencia sobre el curso del embarazo, ó ser ellas mismas influídas por la gestación concomitante.

1. Enfermedades de la madre producidas por el embarazo

Ya hemos dicho anteriormente que la concepción y el desarrollo del producto de la misma producen en el organismo materno un considerable aumento de los cambios orgánicos. El feto subtrae á la sangre materna los materiales necesarios á la rápida formación de las substancias protoplasmáticas vivas de sus órganos y le cede en cambio los residuos, que son muy abundantes, dada la gran actividad del recambio material. De aquí resulta que, durante la preñez, los órganos de la hema-

topoyesis y los emunctorios de la madre están sujetos á mayores exigencias, las cuales son satisfechas sin dificultad por un organismo sano y robusto, pero con suma facilidad pueden acarrear trastornos en las mujeres congénitamente débiles ó debilitadas.

Así, en embarazadas muy jóvenes ó deficientemente desarrolladas, y también cuando los embarazos se suceden con mucha frecuencia, ó median otras circunstancias debilitantes, no es raro observar la aparición de *trastornos de la hematopoyesis y de la crisis sanguínea*. El número de los glóbulos rojos y la proporción de albúmina en la sangre disminuyen, mientras que aumentan los leucocitos, el agua y la fibrina. La alteración de la crisis de la sangre se manifiesta clínicamente por el cuadro de la *anemia* y de la *clorosis*: piel pálida á través de la cual se transparentan las venas, mucosas decoloradas, decaimiento de los rasgos de la fisonomía, ojos rodeados de halo, palpitaciones de corazón, cortedad de aliento, cansancio fácil, hasta que bien pronto sobrevienen los síntomas de la *hidremia*: debilidad general, cara tumefacta, párpados edematosos, tendencia á los edemas en las extremidades inferiores y en los genitales. De ordinario, mejorando las condiciones de la nutrición y con el reposo y buen régimen de vida, se restablecen las condiciones normales de la sangre, ó por lo menos se mejoran, pudiendo las mujeres llegar, sin gran peligro, al término del embarazo. Pero algunas veces faltan ó no dan resultado las prescripciones dietéticas y medicamentosas, la debilidad aumenta en la sangre, en vez de los glóbulos rojos normales se encuentran otras formas completamente anormales (poiquilocitos) y las mujeres sucumben con frecuencia, antes de que el aborto haya tenido tiempo de verificarse, habiendo presentado como síntomas un decaimiento de fuerzas que aumenta con rapidez y que algunas veces va acompañado de fiebre. Precisamente parece que el embarazo juega un papel muy importante en el desarrollo de la grave enfermedad del aparato hematopoyético, que ha sido descrita por BIERMER con el nombre de *anemia perniciosa progresiva*.

También se han observado en la gestación alteraciones leucémicas de la sangre con fuerte aumento de los glóbulos blancos y desaparición de los eritrocitos nucleados, estados que no raras veces se acompañaban de *diátesis hemorrágica*, aparición de abundantes petequias y manchas de púrpura en la piel y en las mucosas, hemorragias copiosas: nasales, intestinales, genitales, etc. En estas graves alteraciones sanguíneas la curación puede esperarse tan sólo cuando son reconocidas á tiempo, mediante el examen microscópico de la sangre. La rápida interrupción del embarazo debe constituir en estos casos el punto de partida de toda terapéutica.

Lo mismo que en la sangre, también en muchos órganos se manifiestan fenómenos, sostenidos por las modificaciones de los cambios materiales, producidas por la preñez, los cuales toman con frecuencia carácter morboso. Recordaré en este concepto el *aumento de volumen del cuerpo tiroides*, la tendencia á la *caries dentaria* y á las *decalcificaciones osteomalácicas de los huesos del tronco*, que quizá estén en relación con el suministro de las sales calcáreas necesarias para el desarrollo del esqueleto

del feto, y representen un hecho contrario á los maravillosos depósitos calcáreos, encontrados en la lámina interna de los huesos del cráneo de muchas embarazadas, que han sido descritos por ROKITANSKY con el nombre de osteofitos puerperales. Recordaré, además, la tendencia á los *depósitos pigmentarios en la piel* y las *afecciones cutáneas*, como, por ejemplo, el acné, el eritema que se inicia en la nariz, los órganos genitales ó los muslos y se extienden después á todo el tronco y el impétigo herpetiforme de las embarazadas (HEBRA) que con frecuencia tiene terminación mortal.

Entre los órganos de excreción, los riñones son los que enferman con más frecuencia por el aumento de trabajo á que se hallan sometidos durante la gestación. No está bien determinado cuál sea la naturaleza de los productos de desasimilación capaces de irritar el parénquima renal al ser eliminados, á pesar de las numerosas investigaciones que se han practicado para averiguarlo; pero el hecho de iniciarse los trastornos, cuando ya el feto ha adquirido cierto volumen, su desaparición rápida después del parto y á veces también después de la muerte del producto de la concepción, su frecuencia en los embarazos de gemelos y otros hechos análogos, parecen indicar que los materiales dañosos son producidos por el feto.

La intensidad y gravedad de los trastornos funcionales que se desarrollan en el riñón, durante el embarazo, son extraordinariamente variables. Si durante un largo período de tiempo se examina la orina utilizando agentes muy sensibles, se encontrará albúmina en el 15 % de todas las embarazadas, próximamente. Pero una parte de estos resultados positivos debe ser descontada porque la albuminuria no es de origen renal, sino el resultado de una transudación serosa de la mucosa de la vejiga, que es frecuente en las embarazadas y cuyo origen hay que buscarlo en un estado hiperémico catarral. En otra parte de los casos, la albúmina se presenta en la orina con carácter intermitente después de intensos movimientos corporales, y sólo en el 5 % de las embarazadas, la orina contiene albúmina de una manera positiva y permanente. De ordinario, se trata aquí tan sólo de una albuminuria moderada, y los elementos morfológicos están representados únicamente por los cilindros hialinos. En cosa del 1 % de las embarazadas, la albuminuria es intensa y al mismo tiempo la cantidad de orina diaria ha disminuído notablemente por debajo de la media normal, y el microscopio permite reconocer la existencia de cilindros granulados y epiteliales. Los fenómenos clínicos están en relación con el estado de la orina. En la albuminuria intermitente falta las más de las veces todo trastorno del estado general, pudiendo ser descubierta tan sólo por el examen sistemático de la orina; cuando es pequeña la cantidad de albúmina contenida en la orina, se presentan edemas moderados en los maléolos, y si la albuminuria es intensa, se acompaña, por el contrario, de considerables infiltraciones edematosas de las extremidades inferiores, los órganos genitales, las manos y la cara, y además de cefalalgia, vómitos, trastornos de la visión y otros síntomas cerebrales, que son seguidos de convulsiones urémicas ó respectivamente eclámpticas.

Se debe admitir que la aparición intermitente de pequeñas cantidades de al-

búmina en la orina depende de trastornos funcionales transitorios del perénquima renal no demostrables por el microscopio. Las alteraciones anatómicas que constituyen el substrato de la albuminuria permanente de los últimos meses del embarazo, han sido descritas por LEYDEN con el nombre de «*riñón gravídico*». En éste no se trata de un proceso inflamatorio, sino de tumefacción turbia y degeneración grasosa del protoplasma del epitelio de los glomérulos y de los canaliculos contorneados, ó sea de alteraciones idénticas á las que se observan en los riñones como consecuen-

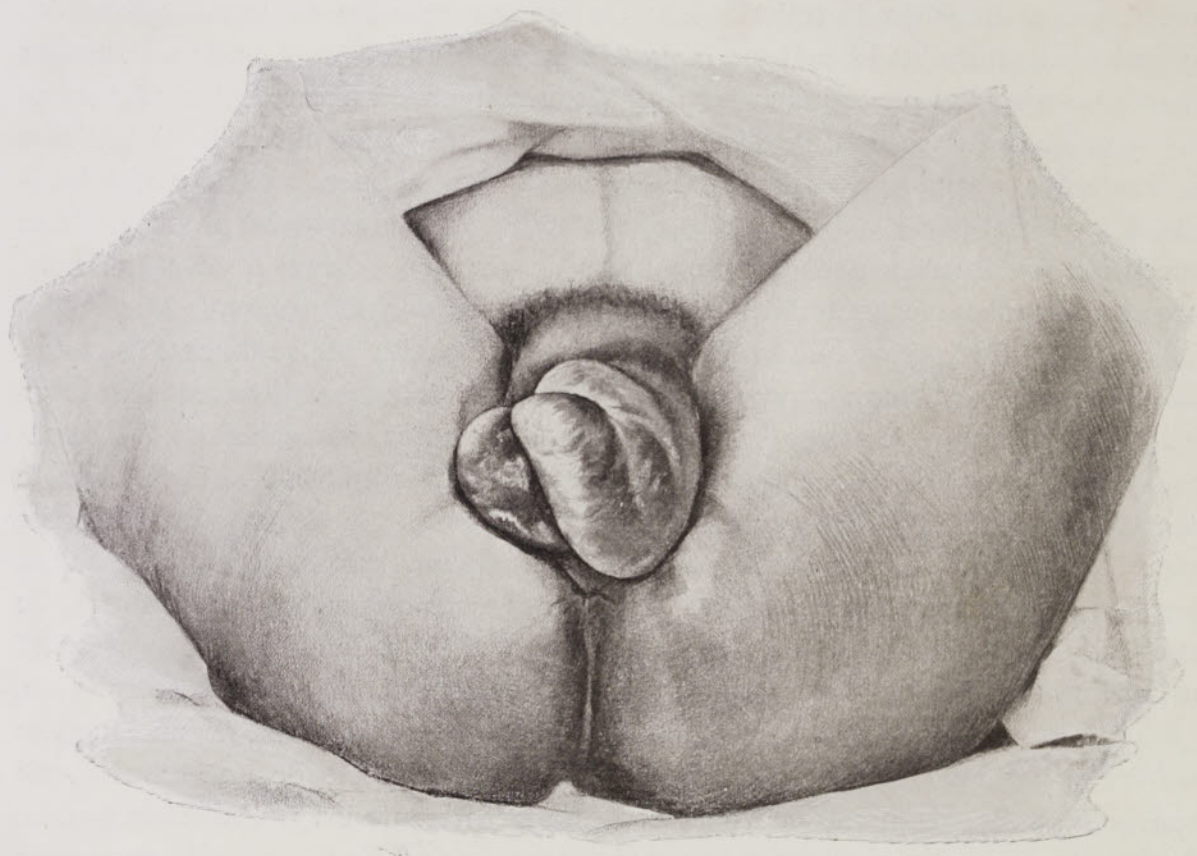


Fig. 256

Intenso edema de los labios en el riñón gravídico

cia de diversas intoxicaciones. Por tratarse de esta clase de alteraciones, se explica que el parénquima renal pueda restablecerse rápidamente en su funcionamiento normal, puesto que una vez suprimida la irritación tóxica, las alteraciones de los epitelios secretores se corrigen fácilmente. Así, pues, cuando la albuminuria gravídica es poco importante, la albúmina desaparece ya de la orina pocos días después del parto, y también en las formas graves se logra, las más de las veces, una completa *restitutio ad integrum*, aunque el contenido de albúmina en la orina disminuye lentamente y continúa todavía en las primeras semanas del puerperio. La transformación del riñón gravídico en nefritis parenquimatosa crónica ó en riñón esclerótico es

excepcional y solamente se observa cuando los riñones están ya muy padecidos y alterados por repetidos embarazos.

Como que el embarazo altera con frecuencia riñones sanos, no debe causarnos admiración que, cuando existen ya afecciones de dichos órganos, éstas se agraven bajo la influencia de aquél. Por el contrario, toda perturbación en las funciones renales—ya sean debidas á las alteraciones pasajeras del riñón gravídico ó por verdaderos procesos inflamatorios—ejerce una influencia desfavorable sobre el curso del embarazo y, como han demostrado FEHLING y WINTER, acarrear con frecuencia hemorragias placentarias con numerosos infartos blancos y derrames sanguíneos entre la placenta y la pared uterina, alteraciones que perturban la nutrición del feto, y cuando tienen cierta intensidad acarrear la muerte en el interior del útero ó el parto prematuro. En todas las formas de nefritis con disminución de la secreción urinaria y acúmulo en el organismo de productos tóxicos, la madre está expuesta al peligro de la explosión de las convulsiones eclámpticas.

Por cuanto hemos dicho, se comprende la importancia que tienen en las embarazadas los trastornos del funcionamiento renal y, cuando se trata de fenómenos moderados, se procurará la mejoría de la afección renal y la eliminación de los tóxicos con ayuda de la dieta láctea, el reposo en cama, las aguas minerales alcalinas y una diaforesis metódica por medio de envolturas calientes y húmedas y baños calientes. Si á pesar de esto aumenta la proporción de albúmina contenida en la orina, disminuye la cantidad de esta última, crecen los edemas y se presentan fenómenos cerebrales, estará indicada la interrupción artificial del embarazo.

Además de los trastornos nutritivos y funcionales de los riñones, los cuales tienen su explicación en las mayores exigencias de trabajo á que se encuentran sometidos dichos órganos, se presentan en la gestación otras afecciones del aparato urinario que son producidas por influencias puramente mecánicas. La presión del útero grávido ó de la presentación cefálica sobre el cuello de la vejiga puede dificultar la micción, dando lugar á que la evacuación de la orina sea incompleta. En la orina residual hay gran cantidad de moco y bacterias, lo cual es causa de la *cistitis*. De un modo análogo, la presión ejercida por el útero sobre los uréteres (á consecuencia de la destroversión y torsión fisiológicas del útero, el uréter derecho es el que está especialmente expuesto á la compresión) determina el estancamiento de la orina en la pelvis renal, lo que es causa de estados catarrales, y si las bacterias (como, por ejemplo, es muy frecuente para el *bacillus coli*) ascienden desde la vejiga hasta la pelvis renal, el resultado será una *pielitis* purulenta.

El *pronóstico* de estas enfermedades es favorable; los trastornos vesicales desaparecen, las más de las veces, después del parto, y también la pielitis suele curarse con ayuda del tratamiento conveniente (reposo, dieta láctea, envolturas calientes, aguas alcalinas). De todos modos, casi nunca llega á hacerse necesaria una intervención quirúrgica sobre los riñones; en los casos más graves basta la evacuación del útero para lograr la mejoría y la curación de la pielitis.

Mucho más raras que las renales son las alteraciones del *hígado* producidas por la gestación. De todos modos, cerca de un tercio de todos los casos de *atrofia amarilla aguda del hígado*, corresponde á mujeres embarazadas, lo que prueba en todo caso que las alteraciones producidas por el embarazo constituyen una especie de predisposición para esta gravísima enfermedad que termina constantemente por la muerte. Los procesos degenerativos de los epitelios renal é intestinal y del músculo cardíaco que por regla general van unidos á la atrofia aguda del hígado, no dejan ninguna duda de que la causa de este complejo sintomático es el tóxico que se forma en el organismo de las embarazadas, es decir, que se trata de una autointoxicación. La interrupción del embarazo, la cual, por otra parte, no tarda en presentarse espontáneamente en esta enfermedad, no ejerce ninguna influencia favorable sobre el curso de la atrofia amarilla aguda del hígado, á lo menos hasta ahora no se ha logrado salvar á ninguna enferma.

El *sistema nervioso* reacciona con cierta frecuencia contra los trastornos nutritivos y el acúmulo en la sangre de productos de desasimilación (autointoxicaciones) consecutivas al estado grávido. Cierta mal humor, aumento de la excitabilidad, excitaciones de los órganos de los sentidos, especialmente del gusto y del olfato, que se manifiestan bajo la forma de apetitos é idiosincrasias, reflejos abdominales en los territorios del simpático, del pneumogástrico y de los nervios espláncnicos, que producen los vómitos matutinos y el asma de las embarazadas, y además neuralgias en diferentes nervios periféricos (como, por ejemplo, odontalgia y cefalalgia nerviosas), son estados frecuentes, pasajeros y sin importancia. Pero algunos de estos fenómenos pueden llegar á tenerla grande *si se desarrollan sobre el terreno de un sistema nervioso ya congénitamente débil*. La duración, lo mismo que la gravedad de los síntomas, experimentan en tales circunstancias un aumento considerable.

Esto es aplicable en primer término á los vómitos *matutinos*, los cuales en las mujeres neurasténicas y especialmente, según han indicado con razón KALTENBACH y AHLFELD, en las *histéricas* pueden adquirir la importancia de vómitos incoercibles (*hyperemesis gravidarum*). Este estado principia las más de las veces por una incontinencia gástrica moderada, la cual aumenta unas veces repentinamente y otras de una manera gradual, llegando á adquirir tal intensidad, que no solamente es expulsado todo alimento, sino que hasta encontrándose el estómago vacío, hay una continua evacuación de substancias mucosas ó biliosas. Bien pronto se agregan á los vómitos dolores en el epigastrio, sed abrasadora; más tarde la lengua se pone seca, la respiración es penosa, la orina escasa y contiene albúmina; el estado general se altera también, las fuerzas y el peso del cuerpo disminuyen rápidamente y después de algunas semanas puede sobrevenir la muerte precedida de una completa falta de fuerzas y algunas veces de fiebre y delirio. Pero esta terminación es excepcional; la regla es que, después de algunos días ó semanas sumamente borrascosos, se produzca alguna mejoría en la cual se pueda por lo menos retener en el estómago algún alimento ó bebida, y las mujeres, aunque muy debilitadas, logran pasar

los primeros meses, evolucionando después su embarazo de una manera normal.

La opinión que considera la hiperemesis como una neurosis histérica, encuentra un notable apoyo en los éxitos y respectivamente en los fracasos de la terapéutica. Los más diversos medios farmacológicos—yo mencionaré, además de los narcóticos y nervinos, que, como es natural, se emplean con gran frecuencia, el mentol, la orexina básica (0,3 por dosis), el oxalato de cerio (0,3)—todos los cuales han dado resultados en algunos casos, mientras que han fracasado completamente en otros. Lo mismo puede decirse de las aplicaciones terapéuticas sobre los órganos genitales: el enderezamiento del útero retroflexo, la dilatación cervical por medio de la introducción del dedo, las cauterizaciones de la mucosa cervical, los lavados gástricos, la galvanización, etc. Todos estos medios, cuando van seguidos de éxito favorable, obran por sugestión. Como tratamiento psíquico, todo es utilizable. Aisladas las enfermas de sus familias, hacedlas guardar cama en decúbito supino, absolutamente tranquilas y con una vejiga con hielo á la región epigástrica, no permitiéndoles tomar más que alimentos líquidos fríos en pequeñas cantidades; administradles diariamente dos ó tres enemas acuosos con adición de uno ó dos gramos de bromuro potásico, mostraos seguros ante las enfermas de que se obtendrá la curación y podréis después ir aumentando gradualmente la cantidad de alimentos; de este modo llegaréis á ver como, después de algunas recidivas, los vómitos concluyen por cesar. Algunas veces se observa que de repente una enferma que el día anterior lo vomitaba todavía todo, al siguiente soporta los alimentos más variados. Del hipnotismo suelen obtenerse buenos resultados. Cuando han fracasado todos los medios, queda como último recurso la interrupción del embarazo, que obra siempre muy bien, á no ser que se intervenga demasiado tarde, en personas completamente marásicas ó moribundas.

Simultáneamente con la hiperemesis, y algunas veces de una manera aislada, se observa otra neurosis del embarazo de naturaleza secretoria, que es la *sialorrea*. Lo mismo en estado de vigilia que durante el sueño, de la boca de la enferma sale continuamente saliva en gran cantidad. Esta perturbación es más bien molesta que peligrosa, pero cuando dura largo tiempo puede comprometer seriamente la nutrición. Se recomiendan contra la sialorrea el bromuro potásico, la cocaína, la atropina, la pilocarpina y otros medios análogos, pero su acción es sumamente insegura, y, en ocasiones, el fenómeno no cesa hasta después del parto.

En el territorio de la inervación motriz, la preñez puede provocar también una neurosis, que es la corea. La edad juvenil y el primer embarazo predisponen á esta enfermedad; pero las más de las veces se trata de una influencia hereditaria. Las formas ligeras que se desarrollan lentamente y alcanzan poca intensidad, se curan con una buena dirección psíquica, asociada ó no al uso del bromuro potásico, del hidrato de cloral y de otros medicamentos análogos. En un tercio de los casos próximamente, la corea gravídica se caracteriza por la agudeza de su aparición, la rápida difusión á los más diversos grupos musculares y por la aparición precoz de acce-

sos de agitación y de manía, pudiendo sobrevenir la muerte precedida de fiebre y delirio, precisamente como en las formas intensas de la hiperemesis. En estos casos graves, la experiencia ha demostrado que fracasan todos los medios farmacológicos; así es que no deberéis perder el tiempo en nuevas tentativas con éstos que indudablemente habrán de ir seguidos de mayores desengaños. Lo mejor será poner en práctica el único medio que puede salvar la vida de la mujer, que es el aborto provocado.

Las *psicosis* verdaderas son raras en el curso del embarazo. Cuando se presentan es casi seguro que la herencia juega un papel muy importante, y se trata las más de las veces de estados de depresión, melancolía, estupor y sólo excepcionalmente de formas maniáticas. Por el contrario, el puerperio es considerado como una época de predilección para que estallen las enfermedades mentales; casi el 10 por 100 de todas las *psicosis* que se presentan en la mujer son de origen puerperal. Las grandes pérdidas de humores por hemorragias durante el parto y por la lactancia, y además las intoxicaciones sépticas ó eclámpticas, son circunstancias predisponentes. Estas «*psicosis puerperales de intoxicación*» tienen un pronóstico mucho más favorable que las «*idiopáticas*» dependientes de una debilidad hereditaria del sistema nervioso, que hacen ya sus primeras manifestaciones durante el embarazo.

2. Enfermedades accidentales de la mujer durante el embarazo

Con tanta frecuencia como las enfermedades de que nos hemos ocupado hasta aquí, las cuales dependen directa ó indirectamente de la gestación, habréis de tratar otros estados morbosos de la embarazada que no tienen ninguna conexión próxima con la gestación y de los cuales las mujeres son afectadas por casualidad. Naturalmente que no hemos de recordar aquí como enfermedades todas las posibles complicaciones del embarazo; pero es, en cambio, necesario que os orientéis respecto de los estados morbosos más importantes considerados bajo el punto de vista de la influencia que ejercen sobre el curso del embarazo.

Las *enfermedades infecciosas agudas*—sarampión, escarlatina, viruela, tifus, fiebre recurrente, influenza, coqueluche, difteria, cólera, erisipela, carbunco, etc.—tienen en general un curso más grave en las mujeres embarazadas, sobre todo en las que se encuentran en los últimos meses. Esta mayor gravedad del pronóstico depende de la tendencia á las flegmasías pulmonares, que ha sido comprobada para el sarampión, la influenza y la tos ferina; de la predisposición á las afecciones renales y á la difteria en la escarlatina; de la frecuencia con que se presentan formas hemorrágicas en la viruela y otros exantemas; de la localización del proceso en los órganos genitales en las enfermedades sépticas. Pero el pronóstico es agravado principalmente *por la frecuencia con que se interrumpe el embarazo*, accidente que con las pérdidas sanguíneas, excitaciones y fatigas que lleva consigo, favorece el agotamiento y aumenta los peligros de la enfermedad primitiva. El tifus recurrente, el cólera

y entre los exantemas agudos la viruela, han sido reconocidos como los que más especialmente y con mayor frecuencia predisponen al aborto y al parto prematuro.

La causa de la interrupción prematura del embarazo en las enfermedades infecciosas consiste en alteraciones locales de la mucosa uterina que se conocen con el nombre de *endometritis hemorrágica*. Del mismo modo que, en mujeres no embarazadas, se presentan con frecuencia hemorragias atípicas por los órganos genitales, en el curso del cólera, de la viruela y de otros exantemas agudos, también en las embarazadas se producen hemorragias en la caduca, las cuales, dada la abundancia de vasos y la estructura delicada del tejido, adquieren fácilmente grandes proporciones, desprendiendo el huevo en bastante extensión y provocando, como consecuencia, contracciones uterinas. Otros procesos infecciosos producen primero la muerte del feto y consecutivamente tiene lugar el aborto.

La muerte del feto en el interior del útero puede depender de que el veneno específico circulante con la sangre de la madre penetra en la del feto á través de la placenta, provocando una *infección intrauterina adquirida*. Para la viruela, esta forma de transmisión ha sido ya demostrada, puesto que se ha visto que mujeres embarazadas variolosas dieron á luz fetos con el cuerpo cubierto de pústulas ó de cicatrices procedentes de las mismas, cuando alcanzaron el término normal de la gestación. Análogas observaciones se han hecho para la escarlatina y la malaria. Finalmente, para algunas enfermedades infecciosas, la posibilidad del contagio intrauterino ha sido demostrada bacteriológicamente: en la fiebre recurrente, el tifus, el cólera, el carbunco, la pneumonía y la erisipela se han encontrado, en la sangre y en los órganos del recién nacido, los espirilos, bacilos y cocos específicos de estas enfermedades. Pero con esto no queda todavía demostrado que todos estos gérmenes patógenos atraviesen los tabiques placentarios y puedan pasar, desde la sangre de la madre, al interior de los capilares de las vellosidades fetales, á través del epitelio corial. El hecho de que en algunas enfermedades infecciosas el feto no participa necesariamente del estado morbozo de la madre, sino que, con frecuencia, permanece completamente inmune, es un argumento en contra de este paso, pues parece indicar como probable que los tabiques divisorios de la placenta sean impermeables á las diversas formas de bacterias patógenas y que tan sólo ocurre aquél en circunstancias especiales, como, por ejemplo, cuando se producen hemorragias intraplacentarias, ó dislaceraciones ó destrucciones en el tejido de las vellosidades.

Independientemente de la infección, la muerte del feto puede ser también provocada por exceso de calor en los altos grados de fiebre de la madre. Ya hemos visto anteriormente que el feto, que produce calor y está, además, rodeado del líquido amniótico, cuya temperatura es la misma que la de la sangre, tiene un calor que excede en unos 0,5° el de la madre. En estas condiciones, si esta última padece una enfermedad febril, estará expuesta con facilidad á la excesiva calefacción de su sangre, y la experiencia demuestra que las temperaturas de la madre que llegan á 40° C son muy peligrosas para el feto. Las elevaciones térmicas rápidas, no dejando al feto el tiempo suficiente para adaptarse á ellas, se muestran más nocivas que las graduales; esto es lo que resulta de los experimentos hechos en los animales por DOLERIS y RUNCE.

La muerte del producto de la concepción no lleva necesariamente consigo la expulsión inmediata. Pueden transcurrir días y semanas antes de que se despierten las contracciones y el útero se desembarace de su contenido. Mientras tanto, el feto puede experimentar alteraciones diversas.

Los tejidos tiernos de los jóvenes embriones se disuelven fácilmente en el líquido amniótico, no quedando vestigio de ellos en la cavidad ovular. Las membranas, y especialmente el tejido de las vellosidades correspondiente á la placenta, pueden continuar creciendo todavía durante algún tiempo, presentándose, después de una larga retención, con todo el aspecto del tejido fresco.

Los fetos de desarrollo más avanzado sufren una *maceración* en el líquido amniótico. La epi-

dermis se eleva en forma de vesículas, la hemoglobina se difunde por los tejidos, que aparecen imbibidos de una serosidad rojiza. Al cabo de pocos días, los medios de unión existentes entre los diversos huesos del cráneo se aflojan y los huesos de la bóveda más separados entre sí están como fluctuantes en el interior de una bolsa cutánea relajada. El líquido amniótico toma un color pardo rosáceo sucio. Estos fetos se conocen con el nombre de *fetos sanguinolentos ó macerados*. El nombre que se les daba antes en alemán, «*faultodt*» (muerte con putrefacción), no es enteramente correcto, puesto que no puede hablarse de verdaderos procesos de putrefacción, en tanto que las membranas permanecen íntegras y los microorganismos de la putrefacción no pueden penetrar en el líquido amniótico. El olor de tales fetos no es putrefacto, sino solamente dulzón y fastidioso.

Otras veces, el feto muerto en el interior de la cavidad uterina, en lugar de una verdadera maceración, experimenta un proceso de retracción ó *momificación*, reabsorbiéndose el líquido amniótico y las partes líquidas de los tejidos. Esto se observa con más frecuencia en los embarazos de gemelos cuando uno de ellos muere prematuramente, constituyendo un *feto papiráceo*.

Una eventualidad bastante rara es la retención en el útero del feto muerto, durante un período de tiempo que excede á la duración normal del embarazo, llegando á varios meses y hasta años. OLDHAM ha observado este maravilloso hecho en un caso en el cual, hacia el término normal del embarazo, se presentaron contracciones uterinas y salieron las aguas amnióticas, después de lo cual el útero quedó tranquilo, reteniendo en su interior el feto como «*Missed labour*», ó sea parto fracasado sin efecto. La expresión empleada en Alemania de «*Verhaltung der Frucht in der Gebärmutter*» ó «*verhaltene Geburt*» fué adoptada en la literatura y como «*Missed abortion*» («aborto interrumpido», «*Abortus interruptus*»—SCHAEFFER) es aplicada á aquellos casos, mucho más frecuentes que el anterior, en los cuales, después de ocurrida la muerte del feto en los primeros meses del embarazo, la expulsión se hace aguardar mucho tiempo. El feto retenido en el útero se momifica y puede incrustarse de sales calcáreas, transformándose en un litopedion intrauterino; pero puede también suceder que los microorganismos lleguen á penetrar en la cavidad uterina, en cuyo caso, todavía al cabo de años, el cuerpo del feto puede experimentar la descomposición pútrida y ser expulsado en pedazos. No se sabe nada de positivo respecto de las causas que detienen la actividad uterina en estos casos. *A priori* se admite que el hecho depende de la falta de irritabilidad del útero, á consecuencia de anomalías en el sistema nervioso central ó periférico, ó en la musculatura uterina.

Entre las *enfermedades infecciosas de curso crónico* hay dos que, por su extraordinaria difusión y frecuencia, tienen para el tocólogo un interés especial, que son: la *tuberculosis* y la *sífilis*.

La *tuberculosis pulmonar* no trastorna por sí misma el curso del embarazo; sin embargo, en los casos en que está muy avanzada y se acompaña de tos intensa y fiebre, favorece la interrupción del mismo. Los niños de las tísicas graves son, de ordinario, débiles y mal nutridos, sucumbiendo con frecuencia en los primeros meses. Si se trata, por el contrario, de la enfermedad en su período inicial, el niño puede ser vigoroso en el momento del nacimiento, sin que nada revele en su aspecto exterior que haya podido sufrir detrimento por la enfermedad de la madre. El paso de los bacilos tuberculosos desde la madre al feto, ó no se verifica en la especie humana, ó al menos es extraordinariamente raro (por ejemplo, en la tuberculosis miliar de la madre, en los casos en que se ha demostrado la existencia de tubérculos en la placenta); el niño hereda de la madre no la enfermedad misma, sino una predisposición diatésica que crea en su organismo una menor resistencia contra los ataques ulteriores de los bacilos tuberculosos que se encuentran por todas partes.

Para la mujer tísica, la concepción representa en todos los casos una eventua-

lidad perjudicial. El embarazo, el parto y el puerperio, por el aumento de exigencias nutritivas que llevan consigo y por las pérdidas de humores, influyen casi siempre de un modo desfavorable sobre la marcha de la afección tuberculosa pulmonar, y si preexistía una disposición hereditaria á esta enfermedad, pueden ser la causa de la explosión de la misma. Algunas veces parece que durante el embarazo la enfermedad pasa por un período de silencio, pero nunca falta la agravación durante el puerperio y entonces se pone de manifiesto de un modo muy claro cuán grandes han sido los progresos que ha hecho la afección pulmonar.

El deber del médico es enterar á la familia de las consecuencias desagradables que lleva consigo el matrimonio de una tuberculosa ó de una joven predispuesta, tanto para ella misma, como para el marido y la descendencia. Desgraciadamente tales uniones se consuman y ya es demasiado tarde cuando las consecuencias empiezan á manifestarse.

La profilaxis, bajo el punto de vista obstétrico, ha sido admirablemente sintetizada por AUVARD, en las siguientes palabras: «*Jeune fille—pas de mariage, femme—pas d' enfants, mère—pas d' allaitement*». La observancia en lo referente á la lactancia es muy fácil y esta función será prohibida no solamente á las mujeres que ya estén enfermas, sino á las predispuestas por tara hereditaria y esto aun cuando se encuentren completamente bien. Las mujeres embarazadas que padezcan la tuberculosis, ó estén predispuestas á ella, necesitan una vigilancia constante por parte del médico. Si la enfermedad hace progresos muy manifiestos, no es dudosa la necesidad de provocar el aborto. Por el contrario, en los últimos meses, y cuando la tuberculosis es muy grave, la interrupción del embarazo tiene menos valor porque se sacrifica el hijo, sin que haya en ello gran utilidad para la madre, y hasta puede suceder que la madre muera á consecuencia del aborto que se había intentado para prolongarle la vida.

Extraordinariamente variable es la influencia que ejerce la *sífilis* sobre la madre, el hijo y el curso del embarazo.

En la mayoría de los casos, el que aporta la *sífilis* á la nueva familia es el marido, el cual la adquirió durante su vida de soltero, y después de un tratamiento más ó menos completo, se casó con una joven sana. Las manifestaciones locales de la enfermedad ya no existen, no hay pápulas en los órganos genitales del hombre, ni placas en sus mucosas; la *sífilis* está en período latente. Pero, á pesar de esto, el virus está adherido al esperma y los filamentos espermáticos que fecundan el huevo llevan al mismo tiempo la *sífilis* al nuevo organismo, cuyo desarrollo empieza.

Por maravilloso que parezca este modo «*concepcional*» ó «*espermático*» de la transmisión de la *sífilis* por la línea paterna, la observación tan frecuente de madres sanas y que permanecieron sanas durante y después del embarazo y que más tarde dieron á luz hijos sífilíticos por parte del padre, apenas si deja lugar á duda respecto de la posibilidad de la transmisión espermática de la *sífilis*; hasta podría considerarse ésta como la forma más corriente de la herencia sífilítica.

Se ha encontrado, además, que las madres de niños sífilíticos no presentaban, sin embargo, ningún fenómeno de sífilis, á pesar de lo cual estaban inmunizadas contra dicha enfermedad de tal modo que podían amamantar á sus hijos sin ningún peligro de infección, aun en el caso de presentar éste pápulas sífilíticas en la mucosa bucal. Para explicar este hecho se ha admitido que durante el embarazo, ciertos productos de desasimilación del feto sífilítico se transmiten á la madre á través de la placenta y confieren al organismo materno esta inmunidad para el veneno sífilítico. Esta inmunización operada por el feto sífilítico sobre su madre—la llamada «*ley de COLLES*»—tiene, sin embargo, excepciones: en algunos casos la placenta no sólo se muestra permeable para los productos inmunizantes del recambio material, sino para el virus sífilítico mismo, la madre es infectada por el feto sífilítico *ex patre* mediante un «*choc en retour*», sufriendo todo el ciclo de la infección sífilítica, excepción hecha del accidente primitivo. En otros casos, aunque raros, la placenta es enteramente impermeable, la madre no queda ni sífilítica ni inmune y puede todavía ser infectada por el hijo ó por el marido.

Del mismo modo que la madre adquiere inmunidad por la transmisión de los cuerpos inmunizantes desde el feto sífilítico, mediante el paso de dichas substancias desde la madre sífilítica al feto puede adquirir inmunidad este último (*ley de PROFETA*), y de este modo un hijo de padres sífilíticos, que escapó al contagio, queda inmune contra una infección ulterior, la que se produciría, por ejemplo, por las pápulas existentes en el pezón de la madre.

El descubrimiento del *Spirochaeta pallida* como agente causal de la sífilis ha suscitado dudas muy fundadas respecto de la posibilidad de la transmisión espermiática de esta enfermedad. Era difícil admitir que el filamento seminal fecundante llevase en su cabeza ó de otro modo un espiroqueto ó una forma durable del mismo que pudiera alojarse en el óvulo y que en ó entre las células que en el mismo se producen diese lugar al desarrollo y multiplicación de nuevos espiroquetos. Estas incredulidades aumentaron todavía por los resultados de la reacción de WASSERMANN en las madres de niños sífilíticos por el padre, en la gran mayoría de las cuales fueron positivos los resultados. Aun cuando esto no pruebe todavía de una manera segura que las madres fuesen sífilíticas, y puesto que queda aun la posibilidad de que desde el feto al cuerpo de la madre solamente pasasen ciertos productos del recambio material (reaginas), los cuales dieran origen al resultado positivo de la reacción de WASSERMANN; sin embargo, la mayoría de los sífilógrafos admite en la actualidad que no existe la transmisión espermiática de la sífilis, sino que el producto de la concepción se infecta por la sangre de la madre, la cual es contagiada previamente por el padre sífilítico. Las leyes de COLLES y de PROFETA, á propósito de la inmunidad de madres é hijos respectivamente, se explica con mucha mayor sencillez admitiendo que la madre de un niño sífilítico por el padre es también sífilítica, y que asimismo los hijos de padres sífilíticos son ellos mismos sífilíticos, aun cuando ni unos ni otros ofrezcan fenómenos morbosos, porque su sífilis es latente, como lo

confirma el hecho de que es frecuente que, en tales individuos, estallen fenómenos sífilíticos tardíos.

De todos modos, en esta opinión no se explica el modo como quedan infectadas las madres de frutos sífilíticos, siendo así que, en tales casos, nunca ha sido observado en ellas el afecto primitivo, ni como, á pesar de la infección que ha tenido lugar y de la ausencia de todo tratamiento, estas mujeres no llegan á ofrecer ninguno de los fenómenos de la sífilis.

La *transmisión postconcepcional de la sífilis* al feto se observa excepcionalmente. Cuando una mujer que ha concebido de un hombre sano es infectada durante el embarazo, el feto puede permanecer sano; pero también puede suceder que el virus llegue hasta el feto á través de la placenta y que éste nazca con todos los síntomas de la sífilis. Sólo en casos muy excepcionales ocurre que durante el parto el feto se pone en contacto con las manifestaciones sífilíticas existentes en los órganos genitales de la madre, contagiándose por esta vía.

Un individuo sífilítico no debería contraer matrimonio hasta pasados 4 ó 5 años del principio de la enfermedad y después de haber seguido un enérgico tratamiento antisífilítico. Cuanto más reciente y más insuficientemente tratado es el contagio, tanto mayor será la influencia hereditaria que ejercerá sobre el feto y tanto más fáciles serán las recidivas que pueden ser causa del contagio directo de la mujer. Si en los hijos se reconoce que la sífilis de los padres no está terminada todavía, estará indicado renovar el tratamiento por los mercuriales y el yoduro de potasio. La influencia de estos medios es precisamente contraria á la herencia de la sífilis; así es que después de una buena cura por las fricciones seguidas por el hombre y la mujer, suele verse como los embarazos sucesivos evolucionan normalmente y los hijos quedan inmunes.

La sífilis congénita del feto se reconoce fácilmente cuando existen las manifestaciones características de la enfermedad: condilomas y placas mucosas, ó aquella forma sífilítica, especialmente frecuente en el recién nacido, que es el «*pénfigo sífilítico*». Más difícil es el diagnóstico cuando existen tan sólo trastornos tróficos no muy acentuados, ó si se trata de un feto muerto y macerado cuya piel reblandecida y desprendida, formando colgajos, no permite reconocer las lesiones características. En este último caso sirven, como elementos importantes de diagnóstico, los resultados de la autopsia: en los pulmones y en las grandes glándulas de la cavidad abdominal, bazo, hígado y páncreas de los fetos sífilíticos, existe una abundante infiltración de pequeñas células, en parte difusa y en parte circunscrita, formando focos (nódulos gomosos); el aumento de volumen y el endurecimiento se observan especialmente en el bazo y en el hígado, los cuales se encuentran con frecuencia tan abultados, que doblan ó triplican su volumen normal.

Es también utilizable para el diagnóstico una alteración que se produce en los límites entre la diáfisis y la epífisis de los huesos largos y que es especialmente frecuente y muy marcada en la epífisis inferior del fémur, la cual ha sido descrita, por primera vez, por WEGNER, con el nombre de *osteochondritis sífilítica*. Entre el cartílago y el hueso, que en condiciones normales están separados tan sólo por una estrecha línea de osificación, existe en los fetos sífilíticos una capa más ó menos gruesa; á menudo llega á tener $\frac{1}{2}$ y hasta 1 centímetro de ancho, y se presenta ondulada y dentada del lado del cartílago, donde adquiere primeramente un color blanco rosado, y más tarde gris amarillento. En los pequeños grados de esta enfermedad, se trata de una proli-

feración del cartilago, con incrustación calcárea de la substancia intercelular. En períodos más avanzados, la zona calcificada está perturbada en su nutrición, se caseifica y termina por expe-

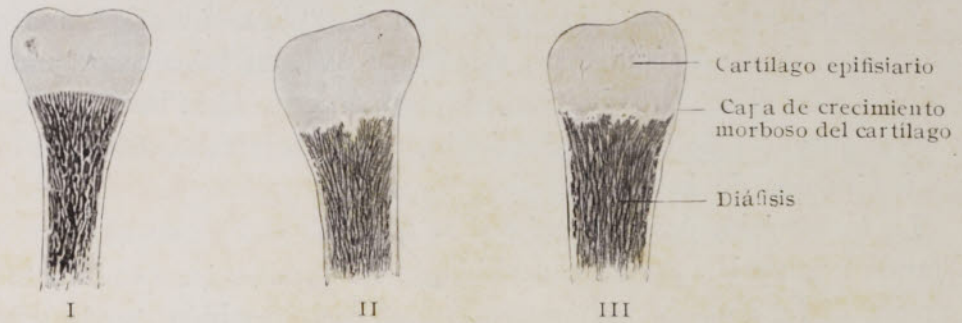


Fig. 257

Osteocondritis sifilitica

Sección de la epifisis inferior del fémur; I, en un recién nacido sano; II y III, en un recién nacido sifilitico

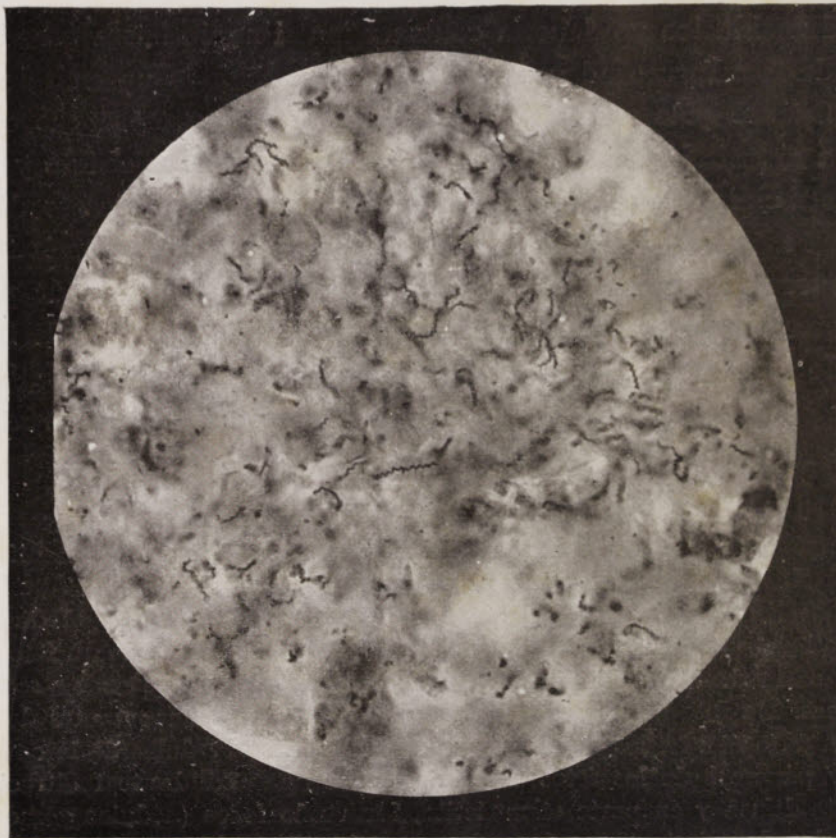


Fig. 258

Numerosos espiroquetos en el hígado de un feto sifilitico nacido muerto. Coloración argéntica según el método de LEVADITI

Preparación del DR. BAB, de la clínica de la Caridad

rimentar una fusión purulenta. En este período, la capa blanda existente entre el hueso y el cartilago alcanza el máximo de su desarrollo y la unión existente entre ambos se afloja tanto, que llega á producirse la separación total del cartilago epifisiario.

También merece una atención enteramente especial la *placenta*. En los fetos sífilíticos, ésta es casi siempre más voluminosa y pesada de lo que corresponde á la edad y al desarrollo del feto. En la infección congénita procedente del *padre* está principalmente alterada la *parte fetal* de la placenta. Las vellosidades están engrosadas y espesadas por la infiltración de pequeñas células, sus vasos están obliterados en parte y los espacios intervellosos abolidos. Cuando la madre era ya sífilítica en el momento de la concepción ó es infectada durante el embarazo, es la porción materna de la placenta—la decidua serotina—la que es asiento de la ateción específica, y tanto en ella como en los tabiques que separan los cotiledones, pueden presentarse nódulos gomosos con contenido reblandecido ó caseoso.

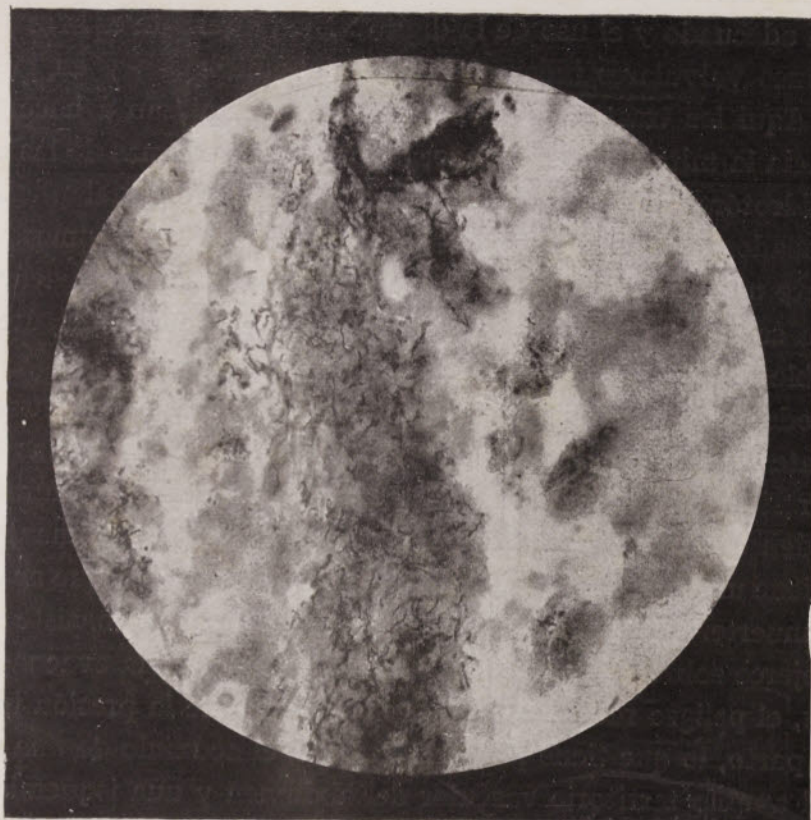


Fig. 259

Acúmulos de espiroquetos en el hígado de un feto sífilítico

Preparación del DR. BAB, de la clínica de la Caridad

Por último, el espiroqueto pálido, presumible agente productor de la sífilis, puede encontrarse en gran cantidad en los órganos del feto muerto y particularmente en las voluminosas glándulas de la cavidad abdominal. La gran difusión de los espiroquetos y su extraordinaria abundancia explican las alteraciones anatómicas y hacen comprensible la muerte prematura. Es muy notable el hecho de que los espiroquetos puede decirse que no se encuentran nunca en la placenta. Las figs. 258 y 259, tomadas de preparaciones originales, representan muy bien el acúmulo de espiroquetos tal como se encuentran de ordinario en el hígado de los fetos sífilíticos.

Para terminar, diremos todavía pocas palabras sobre las complicaciones de la función generativa, con *enfermedades de los órganos circulatorios, respiratorios y de los intestinos*.

El curso del embarazo y del parto en las lesiones *valvulares del corazón*, más que del asiento de la afección en este ó en el otro orificio, depende del estado del músculo cardíaco y de si se ha logrado ó no la compensación. Un miocardio, bien desarrollado y sano, hipertrofiándose, compensa el trastorno circulatorio y soporta sin especiales dificultades el aumento de exigencias de trabajo que se ve obligado á afrontar durante el embarazo y el parto. Así, podéis observar á menudo que, á pesar de existir intensos ruidos sobre los orificios arteriales ó venosos, todo marcha normalmente, ó las molestias, que se presentan temporalmente, son vencidas de un modo fácil y rápido con un régimen adecuado y el uso de la digital. Bien diferente es la marcha de las cosas en las lesiones valvulares incompletamente compensadas y en la degeneración del miocardio. Aquí los trastornos de la circulación empiezan á hacerse notar muy pronto, y ya hacia la mitad del embarazo, la disnea, los edemas de las extremidades, la ascitis, el hidrotórax, la albuminuria y el catarro bronquial pueden tomar un carácter amenazador y hacerse insoportables para la mujer. Algunas veces, el feto sucumbe durante un ataque disneico de la madre, por el excesivo acúmulo de ácido carbónico en la sangre materna, y la expulsión del contenido del útero determina un alivio notable de todos los fenómenos.

Si no se produce la interrupción del embarazo, en los últimos meses del mismo, y principalmente durante el parto, amenazan nuevos peligros. Las contracciones uterinas y la presión de los músculos de las paredes abdominales, durante el período expulsivo, pueden agotar la fuerza del corazón, ó bien en el momento de la salida del feto sobreviene una cesación rápida de la actividad cardíaca que acarrea el edema pulmonar y la muerte. No se ha precisado bien todavía en qué consiste esta influencia deletérea que ejerce sobre el corazón, el momento crítico de la evacuación del útero. Según FRITSCH, el peligro radica en el descenso brusco de la presión intraabdominal consecutiva al parto, lo que tiene por consecuencia el acúmulo de una gran cantidad de sangre en el amplio territorio vascular del abdomen y una isquemia con parálisis en el corazón. SPIEGELBERG y otros admiten, por el contrario, un excesivo aflujo de sangre al corazón derecho y esta hipertensión impide el funcionamiento ulterior del órgano. La repleción del territorio venoso debe depender de la oclusión de los vasos uterinos y de la aspiración provocada al descender el diafragma en el momento de la evacuación del útero. También durante el puerperio pueden las cardiopatas padecer accidentes muy graves debidos á las embolias (hemiplegias, amaurosis, gangrena de las extremidades, etc.)

Respecto del tratamiento, además de las prescripciones dietéticas y farmacológicas que son del caso, bajo el punto de vista obstétrico puede discutirse la oportunidad de provocar el aborto, en los casos de cardiopatías graves y que carecen de toda compensación. La estenosis mitral, en la cual la nutrición del miocardio está comprometida de un modo más prematuro y grave que en otras lesiones valvulares, es la que suministra más á menudo la indicación de este tratamiento. En los meses ulteriores la interrupción del embarazo se acompaña de un trabajo más laborioso

y de mayores pérdidas de sangre; así es que el resultado no siempre es favorable, y la mujer, en vez de aliviarse por el parto prematuro artificial, puede sucumbir á consecuencia del mismo. La disnea muy intensa, coincidiendo con un alto grado de distensión uterina, puede constituir una indicación para la punción de las membranas. También en el parto conviene limitar al *mínimum* los esfuerzos y las fatigas del período expulsivo, ya recurriendo al forceps, ó eventualmente á la versión y extracción por los pies. El brusco descenso de la presión intraabdominal consecutivo á la expulsión del feto se evitará por la compresión sobre el abdomen, mediante grandes compresas y un vendaje.

Entre las *enfermedades de los vasos sanguíneos*, tienen un interés especial las dilataciones venosas que tan frecuentes son en las mujeres embarazadas y que se conocen con el nombre de *varices*. Éstas se encuentran exclusivamente en el territorio de la vena cava inferior y de una manera preferente en las venas de las extremidades inferiores de los órganos genitales y del recto. En el principio se dan á conocer por una dilatación de las pequeñas venas de la piel que se va propagando gradualmente á las más gruesas, prefiriendo la safena y sus ramas colaterales (figura 260). Las venas se hacen tortuosas, dibujándose á través de la piel como cordones duros y salientes que forman ovillos y dilataciones sacciformes en los maléolos, la rodilla y la cara interna del muslo. Dilataciones venosas semejantes se encuentran también en los órganos genitales externos, en la vagina y en los parametrios. La tendencia á la formación de varices es muy variable; hay mujeres en las cuales, á pesar de embarazos repetidos, apenas si se presentan vestigios de ellas, mientras que otras ya desde el primero presentan nódulos varicosos muy marcados. No debemos, pues, olvidar que en la producción de las varices, al propio tiempo que el éxtasis venoso mecánico de que ya nos hemos ocupado, juega un importante papel la predisposición individual, ó sea una debilidad congénita de las paredes de las venas.

Aun prescindiendo de los dolores, de la sensación de peso y tensión en las extremidades inferiores, del prurito molesto, de los edemas, eczemas y úlceras que acompañan á la enfermedad, ésta constituye un peligro por la posibilidad de las roturas de las venas. Las hemorragias consiguientes ó pueden producirse debajo de la piel (equimosis y hematomas á las piernas, á la vulva y á la vagina), ó al exterior, y en este último caso pueden llegar á producir una anemia mortal. El tratamiento consiste en la compresión uniforme ejercida sobre el miembro mediante la aplicación de vendas ó medias de goma y eventualmente por la posición elevada del miembro. La hemorragia por rotura de un miembro varicoso se detiene con un vendaje compresivo, y si éste no puede ser aplicado, como sucede en los órganos genitales externos, por la ligadura del vaso.

Las *enfermedades del aparato respiratorio* constituyen un peligro para el feto, cuando dan origen á fuertes accesos de tos ó á disnea y cianosis muy graduadas. La tos, por las sacudidas del abdomen á que da origen, provoca fácilmente el des-

prendimiento del huevo, hemorragias y aborto. Si la cianosis de la madre es muy intensa, puede matar al feto.

Durante el embarazo, especialmente en los últimos meses, las mujeres padecen trastornos respiratorios con más facilidad que antes, lo que depende de la limita-



Fig. 260

Varices en el territorio de la safena izquierda en una embarazada

ción de las excursiones del diafragma: hasta un ligero catarro bronquial puede acompañarse de disnea muy acentuada.

La disnea y cianosis graves hacen necesaria la intervención. Lo más sencillo y que os dará resultados más rápidos será la perforación de las membranas con una sonda. La disminución de volumen del útero, que es consecuencia inmediata de la

salida de líquido amniótico, basta para facilitar notablemente la respiración diafragmática, procurando una notable mejoría á las enfermas.

Una complicación muy seria y directamente peligrosa para la vida es la *neumonia crupal*, cuando se presenta en la segunda mitad del embarazo, pues se encamina difícilmente á la limitación y resolución, ofreciendo, por el contrario, gran tendencia á la difusión de los neumococos por las vías sanguíneas y, como consecuencia de esto, á las metástasis purulentas en las articulaciones, la pleura y el pericardio, así como también en el útero puerperal. La aparición de contracciones seguidas de la expulsión prematura del producto de la concepción es en la neumonía un acontecimiento muy frecuente.

Afecciones del intestino. Los trastornos ligeros por parte del tubo intestinal son extraordinariamente frecuentes en las mujeres embarazadas. Ya nos hemos ocupado de los vómitos matutinos, de la hiperemesis y del ptialismo de los primeros meses; también hemos hablado, al tratar de la dietética del embarazo, de la pereza intestinal ó el estreñimiento y de los medios que se le pueden oponer. Parece que este estado de pereza intestinal y astricción favorece el desarrollo de la *apendicitis* que se presenta, no raras veces, en las embarazadas, y ha de ser considerada siempre como una complicación muy seria. El peligro crece á medida que avanza la preñez, y está demostrado que es notablemente mayor en la segunda mitad que en los tres primeros meses. La gran tensión y distensión de las paredes abdominales en las embarazadas dificulta extraordinariamente el diagnóstico de la peritifitis, el cual tan sólo puede ser establecido por los fenómenos de irritación peritoneal de la parte inferior derecha del abdomen y por los síntomas generales (vómitos, mal estado de la lengua, estreñimiento, fiebre, etc.). La presión y los estiramientos por parte del exudado determinan con frecuencia contracciones uterinas y el parto prematuro. A consecuencia de los cambios de situación del útero producidos por su disminución de volumen, pueden romperse adherencias protectoras, el pus séptico puede penetrar en la cavidad peritoneal libre, dando origen á una peritonitis generalizada rápidamente mortal. Observaciones de este género son bastante frecuentes y demuestran de un modo indudable que el parto, bien sea prematuro, ó bien á su término normal, representa, hasta cierto punto, un peligro para las mujeres que padecen ó han padecido procesos peritifíticos. Por este motivo en la *apendicitis* no se intentará nunca la interrupción artificial del embarazo, sino que debe ser tratado quirúrgicamente en el primer acceso y dentro de las primeras 24 horas si existen graves fenómenos locales ó generales; pero en otros casos se aprovechará el intervalo que queda libre entre los ataques de *apendicitis* para practicar la operación. La técnica de esta última es tanto más difícil cuanto más adelantado está el embarazo. En los últimos meses el útero desvía el apéndice enteramente hacia fuera y atrás, haciéndolo muy difícilmente asequible. Como han demostrado muchas observaciones, el embarazo puede continuar su curso normal después de la intervención quirúrgica; sin embargo, es más frecuente que sobrevengan contracciones y el des-

prendimiento del producto de la concepción, lo cual es, á su vez, causa de perturbación y peligro, todo lo cual eleva la mortalidad de esta operación en las embarazadas.

Una complicación del embarazo enteramente incurable, pero muy rara por fortuna, es la *necrosis de extensas porciones del intestino*, por torsión y estrangulación del mesenterio. La dislocación del intestino por el útero grávido, ó por las contracciones durante el parto, predispone al *vólvulo*, que se manifiesta de una manera aguda, con vómitos y colapso, y si no se restablece pronto la posición normal del intestino, la muerte sobreviene en pocas horas, en medio de los fenómenos de debilidad del corazón, que aumentan rápidamente.

Bibliografía

- P. MÜLLER, Die Beziehungen der Allgemeinleiden u. Organerkrankungen zu Schwangerschaft, Geburt u. Wonchebett. Handbuch d. Geburtsh. von P. Müller, Stuttgart Enke, contiene la literatura completa hasta el año 1889. VINAY, Maladies de la grossesse, Paris 1894. SCHAUTA, Die Einleitung der Geburt wegen innerer Erkrankungen. Wiener med. Wochenschr. 1903, Nr. 2 — 5. PINARD, L'interruption thérapeutique de la grossesse. Rev. franç. de méd. et de chir. 1903, Nr. 9.

Afecciones de la sangre:

- GUSSEROW, Ueber hochgradigste Anämie Schwangerer. Arch. f. Gyn. II. GRAEFE, Ueber den Zusammenhang d. progress. pern. Anämie mit der Gravid. Diss. Halle 1880. WIENER, Ueber hämorrhagische Erkrankungen bei Schwangeren etc. Arch. f. Gyn. 31. SÄNGER, Leukämie b. Schwangeren u. angeb. Leukämie. Arch. f. Gyn. 33. H. W. FREUND, in LUBARSCH u. OSTERTAG, Ergebnisse III. HERMANN, Leukaemia and pregnancy, Lancet 1901. LANGE, Die Beziehungen d. Schilddrüse zur Schwangerschaft. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 40. PAYER, Das Blut der Schwangeren. Arch. f. Gyn. 71. ARNETH, Die Leucocytose in der Schwangerschaft etc. Archiv. f. Gyn. 74.

Afecciones de los riñones:

- LEYDEN, Schwangerschaftsnieren. Ztschr. f. klin. Med. II u. XI. u. deutsch. med. Wochenschr. 1886. KALTENBACH, Ueber Albuminurie u. Erkrank. d. Harnorgane in der Fortpflanzungsperiode. Arch. f. Gyn. III. HOFMEIER, Die Bedeutung d. Nephritis i. d. Schwangerschaft. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. III. MAJOR, Contrib. à l'étude des lésions du rein chez les femmes enceintes. Thèse. Paris 1880. WINTER, Zur Lehre v. d. vorzeitigen Placentarlösung. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. XI. WIEDOW, Ueber den Zusammenhang zw. Albuminurie u. Plac.-Erkrankung. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. XIV. H. FEHLING, Ueber habituelles Absterben d. Frucht b. Nierenerkr. d. Mutter. Arch. f. Gyn. 27. H. FISGHER, Ueber Schwangerschaftsnieren und Schwangerschaftsnephritis. Arch. f. Gyn. 44. KOBLANK, Zur Prognose der Schwangerschaftsnephritis, hier Litteratur bis 1894. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 29. ZANGENMEISTER, Ueber Albuminurie b. d. Geburt. Arch. f. Gyn. 66. H. 2, FEHLING, Die Nierenerkrankung in ihrer Bedeutung f. Schwangerschaft u. Geburt. Mitth. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 9 Bd. 1902. HABERLIN, Die idiopathische Pyelitis bei Schwangeren. Münch. Med. Wochenschr. 1904, Nr. 5. SCHICKELE, Zur Kenntnis der Toxikosen innerhalb von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. 13 Kongress d. deutsch. Ges. f. Geb. u. Gyn.

Ictericia y diabetes:

- SPÄTH, Ueber Ikterus bei Schwangeren. Wien. med. Wochenschr. 1854. CARPENTIER, Ikterus als gefährliches Symptom b. Schwangeren. Revue méd. chir. Mai 1854. WENDT, Ein Beitrag. z. Lehre vom Ikterus gravis i. d. Schwangerschaft etc. Arch. f. Gyn. 59. YOUNG, Simple and malignant jaundice of pregnancy. Med. News 1898. Nov. VINAY, Diabetes insipidus u. Schwangerschaft. Lyon méd. 1898. CATERINA, Dell' itterizia in gravidanza. Arch. di ost. e gin. Napoli VIII. MICHESCU, Zur Path. u. Therap. d. Schwangerschaftsikerus. C. f. Gyn. 1901, Nr. 37. DUNCAN, On puerperal Diabetes. Lond. obst. Tr. 24. OFFERGELD, Zuckerkrankheit u. Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. 86.

Hiperemesis, corea, tetania, etc.:

- SUTUGIN, Hyperemesis gravid. Berlin 1883. DIRMOSER, Vomitus gravid. perniciosus. Wien. u. Leipzig. Braumüller 1901. JAFFÉ, Ueber Hyperemesis gravidar. Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 305. Ahlfed. Hyperemesis gravid. Ptyalismus, Histerie. Ctbl. f. Gyn. 1891. KALTENBACH, Ueber Hyperemesis gravidarum. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 21 u. Ctbl. f. Gyn. 1891. BEHM, Ueber Hyperemesis gravid. mit Aufstellung einer neuen Intoxikationstheorie. Arch. f. Gyn. 69. 1903. FEHLING, Ueber Chorea gravidarum. Arch. f. Gyn. 6. BARNES, Tr. obst. Soc. Lond. 33. BUIST, Tr. obs. Soc. Edinb. 20 mit vollständiger Statistik über 285 Fälle von Chorea gravid. FRANKE-HOCHWART, Die Tetanie. Berlin 1891. N. WEISS, Ue-

ber Tetanie Samml. klin. Vortr. N. F. 189. KORN, Niesekrampf b. einer Schwangeren. Aerztl. Praxis 1900. AUDEBERT, Asthma and pregnancy. The brit. gyn. Journ. 63. 1901. SIEMERLING, Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Deutsche Klinik am Eingange des 20 Jharch. 1904.

Enfermedades infecciosas agudas:

RUNGE, Die akut. Infektionskrankh. in ätiolog. Beziehung z. Schwangerschaftsunterbrechung. Volk. Samml. klin. Vortr. 174 u. Arch. f. Gyn. 12 u. 24. VOIGT, Ueber d. Einfluss v. Variola auf Menstr., Schwangerschaft u. Fötus. Ctbl. f. Gyn. 1894 u. Volk. Samml. klin. Vortr. N. F. 112. OLSHAUSEN, Untersuchung über die Komplik. des Puerperium mit Scharlach u. die sog. Scarlatina puerperalis. Arch. f. Gyn. 9. Schramm, Masern in der Schwangerschaft. f. Gyn. 1888, S. 796. KLOTZ, Beitr. z. Patholog. d. Schwangerschaft (Masern). Arch. f. Gyn. 29. MARTINET, Fièvre typhoïde et grossesse. L'union méd. 1883. GUSSEROW, Berlin. klin. Wochenschr. 1880. GOTH, Einfluss der Malariainfektion auf Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 6. SCHÜTZ, Ueber d. Einfluss d. Cholera auf Menstr., Schwangerschaft Geb. u. Wochenbett. Ctbl. f. Gyn. 1894, S. 1138. KALTENBACH, Is Erysipel intrauterin übertragbar? Ctbl. f. Gyn. 1884. EDMONS, Malaria and pregnancy. Brit. med. J. 1900, April. MÖLLER, 9. Bericht. über die Influenzaepidemie i. d. geb. Klinik in Greifswald, Febr. 1900. Deutsch. med. Wochenschr. 1901. LORENZ, La peste chez les femmes enceintes à l'île Maurice. Le progr. méd. 1900. Nr. 49.

Tuberculosis y sífilis:

WILSON, Phthisis in pregnancy. The am. J. of obst. 39. BERNHEIM, Pregnancy and tuberculosis. Ann. of gyn. 1901, Juni. KASSIMER, Ueber d. Einfluss von Schwangerschaft u. Entbindung auf den Phthisis-Prozess etc. Deutsch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 35. LEBERT, Ueber d. Einfluss d. weibl. Geschlechtslebens auf Entwick. und Verlauf d. Tuberkulose. Arch. f. Gyn. IV. KUTNER, Larynx-tuberkulose in Gravid. Münch. med. Wochenschr. 1901, S. 1851. CHIARA, Akute Miliartuberk. während der Schwangerschaft. Annali di ost. e gin. 1886. v. ROSTHORN, Tuberkulose u. Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 23 Heft. 5. Aquí se encuentra también la literatura más reciente. SCHMORL u. GEIPEL, Ueber der Tuberkulose d. menschl. Placenta. Münch. med. Wochenschr. 1904, Nr. 38. FRITSCH, Die Berechtigung u. die Methode der unterbrechung der Schwangerschaft. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1909. MARTIN, E., Die Sterilisation tuberkulöser schwangeren Frauen durch die Extirpation des Uterus und seiner Adnexe Münch. med. Wochenschr. 1909 Nr. 24. MIRONOFF, Tuberk. u. Schwangerschaft, Ruskii Wratsch 46. v. BÄRENSPRUNG, Die hereditäre Syphilis. Berlin 1864. FOURNIER, Syphilis u. Ehe. Deutsch. von Michelson, Berlin 1881. LESSER, Die Vererbung d. Syphilis. Deutsche Klinik 1901. FINGER, Das COLLES'sche Gesetz un die Frage des Choc en retour. Verb. d. Vers. deutsch. Naturf. u. Aerzte zu Braunschweig 1897. Ref. in Ctbl. f. Gyn. 1897, S. 1211. ROSINSKI, Die Syphilis in der Schwangerschaft. Stuttgart, Enke 1903. HITSCHMANN u. VOLK, Zur Frage d. plac. Syphilis. Wien. klin. Wochenschr. 1903, Nr. 28. BEITZKE, Ueber Spirochaete pallida bei angeborener Syphilis. Berlin klin. Wochenschr. 1906, Nr. 24. BAISCH, Vererbung der Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 1909 Nr. 38. HEYNEMANN, Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für Geb. u. Gyn. in Ergebnisse der Gynäk. III, 1911. SITZENFREY, Die Lehre von der kongenitalen Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Plazentartuberkulose, Berlin 1908 (con bibliografía).

Enfermedades del corazón, de los pulmones y de los intestinos:

SPIEGELBERG, Ueber d. Komplikation d. Puerp. mit chron. Herzkrankheiten. Arch. f. Gyn. II. LEBERT, Z. Kasuistik der Herz- u. Gefässkrankh. in Puerperium. Arch. f. Gyn. III. FRITSCH, Bemerkung. zur Pathol. u. Physiol. des Cirkulationsapparates bei Schwangeren u. Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. VIII. WERNICH, Ueber d. Verlauf schwerer Lungenkrankh. während d. Schwangerschaft. Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. II. FASBENDER, Ueber Pneumonie als Schwangerschaftskomplikation. Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. III. GUSSEROW, Pneumonie b. Schwangeren. Monatsschr. f. Geb. u. Fr. 32. LEOPOLD, Ueber die Komplikation von Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett mit akut. Pleuritis. Arch. f. Gyn. XI. J. VEIT, Die Komplikation der Schwangerschaft mit Herzfehler, die Therapie der Gegenwart. Jan. 1903. BOIJE, Ueber Appendicitis in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Mittheil. a. d. gyn. Klinik Engström. Helsingfors. Bd. V. ROSTOWZEW, Perityphlitis beis Schwangeren. Die med. Woche 1903, Nr. 26 u. 27. FÜTH, Ueber die hohe Mortalität de Perityphlitis während der Schwangerschaft. Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 9. FROMME, Ueber Achsendrehung des Dickdarms während der Geburt Münch. med. W. 1903, Nr. 42. BRETTAMO, A case of volvulus of the large intestine compl. pregnancy. Am. J. obst. 1903, Sept.

Operaciones en las embarazadas:

COHNSTEIN, Ueber chir. Operationen b. Schwangeren. Volk. Samml. klin. Vortr. 59. GARETZKY, Zur Frage d. Fortdauer des Lebens d. Frucht im Uterus nach d. Tode d. Mutter. Diss. Petersb. 1878. C. Bl. f. Gyn. 1879. RUNGE, Ueber die Berechtigung des Kaiserschnittes an der Sterbenden etc. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. IX. DOHRN, Der Kaiserschnitt an verstorbenen Schwangeren. Samml. klin. Vortr. N. F., 188.

Lección XV

Trastornos de las funciones de la generación producidos por vicios de conformación y estados morbosos de los órganos genitales femeninos. 1, Útero: defectos de conformación y cambios de situación (retroversión y retroflexión del útero grávido, abdomen péndulo, prolapso, hernias), neoplasmas (miomas y carcinomas), inflamaciones (endometritis decidual, hidrorrea del embarazo). 2, Ovarios (cistomas). 3, Vulva y vagina (Vaginitis granulosa, colpohipertrofia cística, papiloma, micosis vulvar, gonorrea)

SEÑORES: Una condición fundamental para que las funciones generativas evolucionen de un modo conveniente, es que los órganos genitales estén completamente desarrollados y sanos. Los *vicios de conformación y las enfermedades de los órganos de la reproducción* ó no permiten la concepción, ó si el óvulo es fecundado comprometen su desarrollo, ó bien, por último, son causa de complicaciones en el momento del parto.

Como se comprende, las consecuencias perjudiciales de tales defectos se han de presentar especialmente cuando los mismos afecten al *útero*, por ser el órgano que aloja el producto de la concepción en todo el período de su desarrollo y el que ha de desempeñar mayor trabajo durante el parto. Así, pues, los defectos de desarrollo, las anomalías de situación, las inflamaciones y los tumores de este órgano ejercen una particular influencia sobre el embarazo ó sobre el parto, provocando una serie de complicaciones que son peculiares á estos dos momentos especiales de la vida sexual de la mujer.

Las *anomalías de conformación del útero*, que son muy variadas, dependen de una detención de desarrollo que entrà en juego en una época prematura ó tardía de su evolución, determinando diversas alteraciones de forma. Es sabido que el útero y la vagina proceden de los *canales de MÜLLER* que son pares en su origen. En muchos animales esta condición de pares se mantiene durante toda la vida; pero en la espe-

cie humana dichos canales se funden durante la vida embrionaria, empezando por la parte periférica, ó sea la correspondiente á la vagina, la cual es la primera que se hace única, siguiéndola después el útero. Pero esta fusión puede faltar y entonces tendremos un vicio de conformación que se conoce con el nombre de *duplicidad uterina* ó *útero doble*. En esta anomalía se pueden encontrar las gradaciones más diversas: unas veces el útero y la vagina están enteramente divididos en dos por un tabique (útero didelfo); otras, el útero presenta dos cuernos en su parte superior (útero bicorne), ó bien aparece exteriormente bien conformado, á pesar de que



Fig. 261

Sección de un útero cordiforme grávido

De una preparación de la clínica obstétrica de Basilea

en su interior está dividido en dos cavidades por un tabique (útero bilocular), etc. El grado mínimo de la duplicidad está representado por el útero cordiforme, el cual recuerda la primitiva separación en dos por la presencia en el fondo del órgano de una depresión más ó menos marcada. En otros casos, uno de los canales de MÜLLER, ó no se desarrolla, ó es tan sólo rudimentario, mientras que la otra mitad del órgano completa su desarrollo normal: resulta de esto otro género de defectos de conformación que es la «unicornidad» representada por el útero unicorne con ó sin cuerno rudimentario.

Todas las *variedades de duplicidad del útero* de que nos hemos ocupado pueden permitir el embarazo, el cual evoluciona de ordinario sin trastornos dignos de men-

ción. Las dos mitades del útero pueden ser ocupadas simultáneamente por el huevo, pero es más frecuente que tan sólo una quede grávida, mientras que la otra está

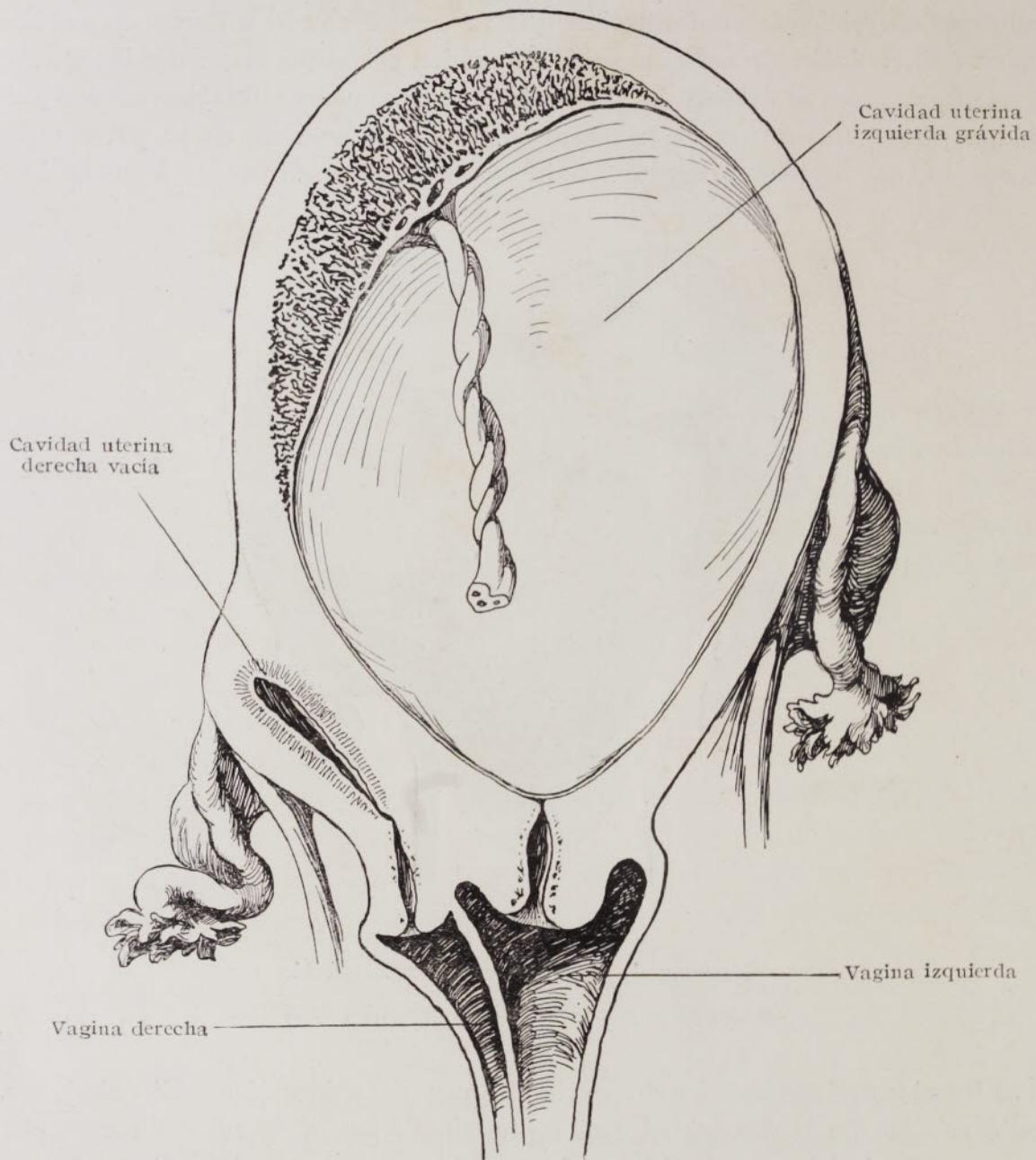


Fig. 262

Gestación en un caso de duplicidad de los órganos genitales. *Uterus duplex septus cum vagina duplici*

Reproducción esquemática de un caso en el cual el embarazo y el parto evolucionaron normalmente dos veces

vacía, pero participa de la hipertrofia del embarazo y por la fuerte proliferación de la mucosa forma una especie de caduca. El parto se complica algunas veces, por debilidad de las contracciones y tendencia á las hemorragias en el período del

alumbramiento. Ambas complicaciones son consecuencia del desarrollo defectuoso de la musculatura uterina que en los casos de duplicidad de la víscera no tienen nunca tanto vigor, ni sus fibras están tan bien entrelazadas entre sí, como en el útero normal con fusión completa de los canales de MÜLLER. El defecto congénito no siempre es compensado, ni aun por el impulso de crecimiento que confiere el embarazo á la musculatura uterina. Cuando la placenta se inserta en el tabique delgado—algunas veces membranoso—que separa las dos cavidades uterinas, pueden

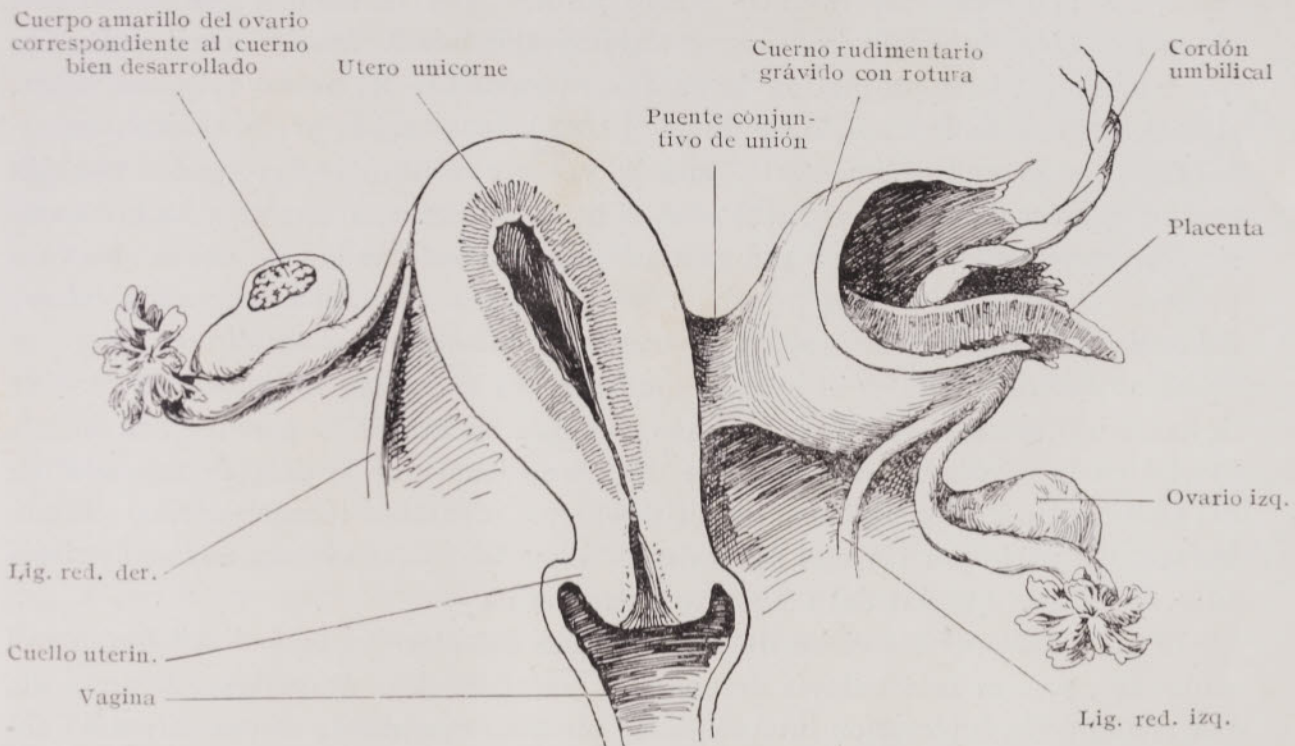


Fig. 263

Gestación en el cuerno rudimentario de un útero unicorne. Hemorragia consecutiva á la rotura del cuerno rudimentario grávido, en el 4.º mes. Según SCANZONI, Beiträge z. Geb.

El cuerpo amarillo se encuentra en el ovario correspondiente al cuerno derecho que está bien desarrollado; ha habido, por lo tanto, una migración externa del óvulo desde el ovario derecho á la trompa izquierda. La mujer había pasado felizmente por 4 embarazos, seguidos de partos normales, en el cuerno uterino derecho bien desarrollado

presentarse hemorragias muy graves durante el alumbramiento. Además de esto, la oblicuidad del cuerpo uterino grávido puede ser causa de presentaciones anormales del feto y de roturas, ya sea del cuerpo grávido, ó bien del cuello. Pero todas estas complicaciones no son una consecuencia necesaria del defecto de conformación de la matriz; el parto puede evolucionar repetidas veces con toda regularidad, hasta el punto de que la duplicidad pasa completamente inadvertida y sólo por casualidad es descubierta más tarde.

Cuando tiene lugar la concepción en un *útero unicorne*, las consecuencias son muy diversas según el sitio de implantación del óvulo. Si ésta tiene lugar en el cuerno

bien desarrollado, el embarazo y el parto suelen evolucionar regularmente ó sólo manifiestan aquellas complicaciones que, como ya hemos indicado, dependen de la debilidad de la musculatura uterina.

Por el contrario, sobrevienen sin excepción peligros muy serios, si el óvulo va á fijarse en el cuerno rudimentario. En la mayoría de los casos no existe comunicación entre este último y la cavidad cervical, y á primera vista parece enigmático cómo ha podido establecerse el embarazo en un órgano ocluído. Es indudable que, en estos casos, los filamentos espermáticos pasan primero por la trompa correspondiente al cuerno bien desarrollado hasta el orificio abdominal. Puede ocurrir entonces que tenga lugar la impregnación de un óvulo procedente del ovario del mismo lado, el cual, después de fecundado, se dirige al otro lado, pasando por la trompa correspondiente al cuerno rudimentario, anidándose en este último. Pero puede también suceder que los filamentos espermáticos, al llegar al peritoneo, emigren hacia el ovario correspondiente al cuerno rudimentario, en donde fecundan un óvulo que va á penetrar en este último. La primera eventualidad se denomina «*migración externa del óvulo*» y la segunda «*migración externa de los filamentos espermáticos*».

Si no interviene antes el arte, el embarazo en el cuerno rudimentario termina de ordinario entre el tercero y el sexto mes por rotura de la pared y hemorragia mortal en la cavidad peritoneal libre. Es excepcional que la delgada musculatura del cuerno atrófico resista hasta los últimos meses ó hasta el término normal del embarazo. Un parto por las vías naturales es imposible, y las consecuencias ulteriores son las mismas que las del embarazo extrauterino.

El *diagnóstico* de los vicios de conformación del útero es muy difícil durante el embarazo, y lo es más todavía después del parto. Se llega á averiguar la anomalía por medio de la exploración interna de los genitales combinada con la palpación abdominal, durante la narcosis. Hace pensar en la duplicidad del útero la existencia de tabiques divisorios de la vagina y el cuello ó la completa duplicidad de ambos, ó bien una depresión más ó menos marcada del fondo del útero perceptible por la palpación. Algunas veces una fuerte desviación lateral del útero grávido, ó su forma fusiforme, son las que nos conducen á descubrir un segundo cuerno vacío.

El embarazo en el cuerno rudimentario suministra al tacto datos semejantes á los de ciertas formas de preñez extrauterina, de las que nos ocuparemos después. Al lado del cuerno bien desarrollado se encuentra un cuerpo redondeado y blando que la anamnesia induce á considerar como un saco fetal. Su conexión con el cuerno vacío no es muy íntima y algunas veces está representada tan sólo por un cordón de tejido conjuntivo que se dirige hacia el cuello. Estos datos permiten diagnosticar que se trata de un embarazo ectópico; pero si el huevo se encuentra en un cuerno atrófico ó en la trompa, tan sólo llegará á averiguarse con seguridad cuando se tengan las partes entre las manos después de la laparotomía.

La *terapéutica*, en los casos de duplicidad uterina, será sólo espectante sintomática; es decir, que se vigilará el curso del embarazo, adaptando la interven-

ción á las circunstancias. Si el embarazo recae en un cuerno uterino ó rudimentario, el inminente peligro de una rotura reclamará la extirpación inmediata del cuerno grávido que técnicamente se ejecuta bien y tiene un pronóstico favorable.

Son más importantes bajo el punto de vista práctico, porque se presentan con mayor frecuencia, los

Cambios de situación del útero

entre los cuales ofrecen el mayor interés, por las consecuencias á que pueden dar lugar, las *retrodesviaciones* (*retroversión* y *retroflexión*) del útero grávido.

Las figuras adjuntas dan una idea de lo que son estas desviaciones. El cuerpo del útero, el cual normalmente tiene su fondo dirigido hacia adelante apoyándose en la vejiga y que en esta posición puede desarrollarse sin ningún obstáculo en la cavidad abdominal, está dirigido hacia la parte posterior en la *retroversión* y doblado hacia atrás formando un ángulo agudo con el cuello, en la *retroflexión*, y en ambas se aloja en la concavidad del sacro. Se distinguen grados mayores ó menores de retrodesviaciones según el nivel más ó menos profundo á que descende el fondo del útero en el saco de DOUGLAS.

Las retrodesviaciones del útero que reclaman nuestra atención durante el embarazo, sólo excepcionalmente se presentan en el curso del mismo. Ante todo, tal desarrollo agudo se observa en úteros muy movibles por relajación de sus ligamentos, á consecuencia de lesiones traumáticas, una caída ó un golpe que obran sobre la parte inferior del abdomen y que desvían el útero hacia atrás por el intermedio de la vejiga que se encuentra llena.

De ordinario, la anomalía de situación es congénita ó adquirida en un puerperio anterior y existía ya, por consiguiente, en el momento de la concepción, de modo que el útero se hace grávido estando desviado hacia atrás y conserva la posición anormal en el tiempo siguiente del embarazo.

Con frecuencia la posición anormal no se da á conocer por ningún fenómeno, pero en otros casos va acompañada de dolores en el sacro, que se exacerban por el trabajo, las marchas largas y el estar de pie, de una sensación de presión y plenitud en la pelvis, frecuente é intensa necesidad de orinar y trastornos de las evacuaciones de vientre. Todos estos síntomas tienen tendencia á atenuarse en el curso del tercer mes de la gestación, porque el útero se va elevando gradualmente sobre sí mismo, saliendo de la concavidad sacra y penetrando en la cavidad abdominal (figuras 264-265).

La reducción espontánea de la situación anormal del útero es la terminación más frecuente de las retrodesviaciones durante el embarazo. Como ha demostrado CHROBAK, esta feliz terminación es especialmente fácil y casi constante en la *retroflexión*. El cuello uterino descansa en la sínfisis pubiana y suministra un fuerte punto de apoyo á la musculatura de la pared anterior del órgano, que estaba muy tensa desde el