

CAPÍTULO VI.

Distocias propias de todos los períodos.

I.

Eclampsia.

Con el nombre de eclampsia se designa una enfermedad caracterizada exteriormente por convulsiones clónicas y tónicas alternadas, é interiormente por lesiones anatómicas que se refieren principalmente á una viciacion de la sangre. La eclampsia puerperal tiene en la historia médica una sinonimia bastante extensa, figurando entre sus variadas denominaciones las de *convulsiones puerperales* (Hoffmann), *calambres generalizados* y *convulsiones graves* (Wigand), *distocia convulsiva* (Jonny), *distocia epiléptica* (Merriman), *epilepsia aguda* (Vogel), etc. Bajo el punto de vista de la literatura, es una de las enfermedades que cuenta con mayor número de tratados, pues aparte de que se ocupan de ella todos los tratados generales de partos, existen una multitud de monografías dedicadas á su estudio (1). Lo cual prueba que es una de las dolencias que más han llamado la atencion desde los tiempos antiguos.

La eclampsia es indudablemente una de las distocias más graves, y de las de peores resultados, siendo frecuente la muerte de la madre como resultado inmediato, y más comun quizás la del feto. Invade súbitamente al individuo, muchas veces sin que ningun antecedente próximo ó remoto haya podido hacer prever su aparicion, y lo mismo desarrolla un violento cuadro de síntomas durante la gestacion, que en medio del trabajo del parto, que en el puerperio. Yugula desde el primer momento el sistema nervioso, cuyas funciones de todos órdenes se encuentran abolidas ó alteradas, ya provoca la manifestacion del trabajo del parto á una

(1) Negele, pág 395, bibliografía.

época prematura, ya lo suspende al presentarse en uno de sus períodos; se reviste de un formidable aparato de síntomas, que por sí solos indican la gravedad de su causa, y resistiendo á todos los esfuerzos del arte, aniquila en muy poco tiempo dos existencias; ó bien, dominado por la Ciencia, perdona á su víctima, á trueque de quedar luego por muy largo tiempo, quizás perpétuamente, con profundas lesiones en el funcionalismo más inmediatamente ligado con la actividad nerviosa; en una palabra, es una de las enfermedades más graves que registra la patología, aparecida en uno de los períodos más delicados de la fisiología de la mujer.

La eclampsia acabamos de decir se presenta en cualquier período de la historia de la generacion; pero su mayor frecuencia corresponde á la gestacion en sus cuatro últimos meses, á cuya época generalmente va seguido el accidente de la provocacion del parto; en órden de frecuencia sigue la época correspondiente al parto en cualquiera de sus períodos, más comunmente en el de dilatacion (Brummerstadt); luego la época puerperal, que es la en que aparece más raramente. Este estudio de la frecuencia con que aparece en cada período, no es inútil, porque hay una relacion marcada entre la frecuencia y la gravedad, y algunos detalles de diagnóstico y de tratamiento, pueden referirse tambien á dichos antecedentes.

Para describir bien esta distocia, dividiremos este capítulo en tres partes: 1.^a Descripcion de las crisis convulsivas ó paroxismos eclámpicos, con sus consecuencias inmediatas y remotas. 2.^a Patogenia de la enfermedad y sus relaciones con los fenómenos de la generacion que preceden y constituyen el parto. 3.^a Tratamiento de esta distocia.

1.^o *Paroxismo eclámpico*.—La eclampsia, como enfermedad convulsiva, está constituida por accesos, intercalados con períodos de quietud en que deja de presentarse la convulsion. Tiene, pues, en realidad dos fases: el *acceso* y el *intervalo tranquilo*.

Los accesos eclámpicos, la explosion, por decirlo así, de la enfermedad, viene á veces precedida de algunos fenómenos prodromicos, bastante vagos para poder darles aisladamente algun valor absoluto, pero que en conjunto representan indudablemente, un signo bastante seguro de lo que debe venir tras de ellos. La mujer en-cinta tiene cefalalgia no continua, pues á ratos desaparece, pero si persistente durante bastante tiempo, y no es

tampoco general, sino limitada á un punto reducido, la region frontal, la parietal, el centro del occipital, etc.; frecuentemente sufre perturbaciones en la vista (ambliopia, fotofobia), vértigos, gran tendencia al sueño, y sobre todo edema ligero en la cara y en las manos. Este último síntoma es constante, sobre todo en las eclampsias verdaderamente albuminúricas. El conjunto de estos fenómenos que aparecen y desaparecen, puede persistir por muchas semanas antes de la explosion de los accesos convulsivos; otras veces son de muy poca duracion, tanto, que casi se confunden con estos. Si en este período se practica el análisis de la orina, suele reconocerse la presencia en ella de la albúmina. Fuera de este hecho, los demás, como se vé, no tienen por sí solos valor absoluto, y por esto es que pasan muchas veces desapercibidos entre las demás molestias propias del embarazo. Despues de estos prodromos viene el primer acceso, cuyo desarrollo no se distingue del de los casos muy comunes en que, sin preparacion ninguna, vemos explotar con todo su terrible cortejo el síndrome convulsivo.

La primera manifestacion del acceso aparece en la cara; los músculos del ojo entran en contraccion fuertemente tónica, lo cual les dá el aspecto de ojos brillantes, con la mirada fija hácia arriba, la pupila contraida y los párpados abiertos. En este momento hay ya pérdida completa de la inteligencia. A la contraccion de los músculos de los ojos sigue la de los músculos del ala de la nariz y de los lábios fuertemente contraídos, mientras en el ojo empieza ya la oscilacion clónica por una vibracion de los párpados; la cara toma un aspecto horrible, fuertemente fruncida y presa de sacudidas violentas; está al propio tiempo violácea, cubierta de sudor halituoso y las conjuntivas inyectadas; pronto entran en convulsion los músculos del cuello, la cabeza es movida por una especie de rotacion irregular, al paso que las carótidas laten fuertemente y las yugulares se presentan hinchadas; la convulsion tónica primero y en seguida clónica, se comunica rápidamente al tronco y á los miembros, unos y otros se mueven como excitados por fuertes sacudidas eléctricas, la respiracion es desigual, ronca, la boca se cierra espasmódicamente, magullando los dientes la lengua, y la saliva rechazada por las sacudidas espiratorias sale al través de la boca en forma de espuma sanguinolenta. La convulsion toma un carácter especial en los dedos de las manos, los cuales se cierran fuertemente sobre el pulgar. El pulso, lento por lo regular antes del acceso, aumenta su frecuen-

cia hasta 120 ó 140 pulsaciones, y se hace pequeño, desigual é intermitente. En el término de algunos segundos, todo el cuerpo es presa de estas sacudidas convulsivas, muy violentas, como que despliegan una fuerza extraordinaria, pero que residiendo especialmente en las regiones posteriores y en las adductores, no mueven el cuerpo de su sitio, á pesar de que lo levantan enérgicamente de la cama, carácter muy especial de esta variedad de convulsion. Despues de algunos minutos de duracion, fijase otra vez la vista, escondiéndose debajo del párpado la pupila, siguiendo algunos instantes de contraccion tónica de todos los músculos, precursora de la relajacion completa, que no aparece brusca, sino lentamente. En cuanto la convulsion cesa, desengurgítanse las venas y empieza el período de calma, de mayor ó menor duracion, para repetirse despues la misma escena descrita.

Cuando ha terminado el acceso, queda la enferma dormida, pero no con un sueño natural, sino soporoso, durante el cual la respiracion se parece á la de los apopléticos, y el pulso conserva su frecuencia, pero se despliega y se regulariza. Las facultades intelectuales siguen anuladas, y solo despues de mucho tiempo, si el acceso no se repite, van poco á poco despejándose, no recordando nada de lo sucedido, y no conservando como consecuencia de los anteriores sintomas mas que el abatimiento, alguna cefalalgia y somnolencia, y las heridas de la lengua, si no se ha cuidado de salvarla de la accion de los dientes. De ordinario, cuando invade la eclampsia durante el parto, empieza el acceso al empezar una contraccion. Luego se observan fenómenos diversos; unas veces las contracciones siguen, y el parto se completa á pesar de la eclampsia, sin conciencia de la madre; otras veces se suspende. Si la eclampsia aparece en la gestacion, puede provocar las contracciones.

Es raro que pase la borrasca con un solo acceso; lo comun es que se repitan, y así es que despues de un intervalo de calma, que puede ser de algunos minutos; ó durar media hora ó una hora, se reproduce el acceso por la misma sucesion de fenómenos. Estos presentan una marcha creciente; de modo que á cada crisis son más intensos, más exajerados los movimientos. La primera convulsion suele ser corta y poco fuerte, durando apenas un minuto, pero cada vez son más duraderas y se aproximan; de suerte que en la forma grave y que no cede á ningun tratamiento, acaba por producirse un estado casi continuo de convulsion, contándose hasta treinta ó cuarenta accesos en el espacio de dos

horas. A medida que así se realizan son más cortos, pero más profundos; toman parte en ellos los músculos de la vida orgánica, despidiéndose involuntariamente el contenido del estómago, vejiga y recto, agitándose extraordinariamente el corazón, y poniéndose cada vez más de manifiesto los éxtasis sanguíneos en diferentes puntos, pero sobre todo en la cabeza. En presencia de un cuadro de esta índole, de esta verdadera tempestad de sacudidas y contracciones, de lucha entre todas las fuerzas orgánicas confusamente desplegadas en el reducido espacio del cuerpo, no parece sino que el centro que preside á todo el funcionalismo haya sido hecho pedazos. La vida no es posible con este desorden; á medida que las fuerzas se pierden, las convulsiones son menos intensas, pero el coma se vá haciendo más profundo, y viene un momento en que al terminar un acceso, la respiración se suspende, cesan los latidos cardiacos, y sucede al desorden de las convulsiones la calma de la muerte.

Frecuentemente termina la eclampsia por la muerte, debiendo tener en cuenta que el feto suele sucumbir en las primeras convulsiones. Otras veces termina por la curación. Cuando esto ha de suceder, los accesos van siendo menos intensos, menos duraderos y más largos los intervalos de calma, la mujer va poco á poco recobrando el uso de sus potencias, y después de un tiempo más ó menos largo de vacilación, entra en convalecencia. Por lo regular no debe esperarse este resultado mas que cuando se realiza el parto. Las estadísticas demuestran que la eclampsia sobrevinida durante la gestación, y en la que el parto se ha realizado espontáneamente ó provocado por el arte, es la que dá mayor número de curaciones, y que por el contrario, es mucho más frecuentemente mortal, cuando aparece durante la marcha del parto y al empezar el puerperio. Generalmente después de la curación la convalecencia es pesada y queda algun vestigio por bastante tiempo en la inteligencia. En otras ocasiones, finalmente, sucede á la eclampsia otra enfermedad grave, que más ó menos tarde tiene un desenlace fatal. Las dolencias que más comunmente son consecutivas á la eclampsia, son la imbecilidad, la manía ó la pérdida completa de la memoria, la amaurosis, la parálisis de la lengua y de las extremidades, la hemiplegia, etc. La relacion de esto con la enfermedad primera, se echa de ver con solo considerar que la eclampsia provoca, por poco que se prolongue, la congestión y en seguida la apoplejía cerebral, de modo que en los casos de muerte se produce esta frecuentemente por apople-

gía, y cuando no por este mecanismo directo, por parálisis del cerebro debida á la aberracion de la circulacion cefálica y pulmonar; es decir, en todo caso, por lesion cerebral. Se comprende pues lo difícil que será que la masa cefálica no se afecte profundamente, y que si conserva bastante integridad para vivir, sea no obstante con detrimento de sus funciones, y dando lugar, por lo tanto, á alguna de las enfermedades que hemos mentado, todas dependientes de un desórden central del sistema nervioso.

Como esta distocia dá tantas veces lugar al fallecimiento de la paciente, ha podido estudiarse los caracteres anátomo-patológicos que la acompañan. Pero el resultado puede decirse que es negativo. Todas las lesiones encontradas son generalmente consecutivas, y consisten en hiperemias, infiltraciones serosas del cerebro ó de las meninges, ó apoplejías; en otros casos completa anemia cerebral, y edema de los pulmones. Alguna vez están los riñones hiperemiados, y solo en muy pocos casos se puede reconocer en ellos focos apopléticos, y principio de exudacion en los conductos uriníferos, ó bien infiltracion adiposa (enfermedad de Bright). De modo que á excepcion de estos últimos caracteres, que no son constantes, ni aun en los casos en que durante la vida se comprobó la albuminuria, los demás son meros efectos de las perturbaciones de la circulacion, y no pueden explicar el desarrollo de la eclampsia. Dubois hizo observar que en las mujeres que fallecian durante el paroxismo convulsivo, se encontraban las apoplejías, infiltraciones é hiperemias, pero que en las fallecidas durante el intervalo, no se encontraba nada de aquello, y todo lo más que presentaba el cerebro era un ligero derrame seroso. Todo esto prueba que aquellas lesiones no representan la causa de la enfermedad, más bien son una consecuencia, lo cual ha contribuido no poco á oscurecer la verdadera naturaleza de la eclampsia puerperal.

El diagnóstico de esta distocia no es difícil. Una enfermedad convulsiva que invade repentinamente, ó despues de lijeros prodromos, á una mujer embarazada, ó parturienta, y que se caracteriza por accesos tónicos y clónicos, repetidos y progresivos, con pérdida completa de la inteligencia y la sensibilidad, y coma, no puede ser mas que la eclampsia puerperal. Las únicas enfermedades convulsivas con quienes tiene cierta analogía, y podria por lo tanto confundirse á primera vista, son la epilepsia y el histerismo. Sin embargo, existen muchos caracteres diferenciales; 1.º,

respecto á la epilepsia, tiene este en su conmemorativo la historia de las crisis sufridas más ó menos remotas, en cambio en el de la eclampsia hay la albuminuria, como carácter propio; en este los ataques se repiten á menudo y van seguidos de coma; en aquella son á larga distancia, y la paciente, despues del ataque queda algo atontada, pero no comatosa; 2.º respecto al histerismo; en este son las convulsiones exclusivamente clónicas, tumultuosas é irregulares, en términos que la enferma se arroja de la cama, arranca sus vestidos, se retuerce y agita, necesitando el esfuerzo de algunos hombres para sostenerla quieta: sus facultades intelectuales y sensoriales no están perdidas, la mano no se cierra fuertemente sobre el pulgar, no hay espuma en la boca, en cambio grita, ó ahulla, y despues del acceso recuerda lo que le ha pasado. Estos datos, con los antecedentes que se recojan y la causa determinante que haya provocado el accidente, (conocida es el histerismo) bastarán para distinguir esas diferentes individualidades entre si.

El pronóstico de esta distocia es gravísimo. En la estadística de Churchill, resulta el 20 por 100 de fallecimientos; segun Reynauld fallecen 15 por 100, y por las investigaciones de Brumers-täd 37'8 por 100. Segun se desprende de estas y otras estadísticas, la mortalidad seria menor en Inglaterra que en Alemania y en Francia. En cuanto á la influencia sobre la vida del feto, es tambien desastrosa, pues mueren próximamente la mitad de los niños antes de completarse el parto en las eclámpicas. La muerte de estos parece debida principalmente á la convulsion, aunque en algunos casos puede atribuirse á la intoxicacion urémica. Hay ciertas circunstancias que agravan el pronóstico: asi la eclampsia que aparece al principio del parto, sobre todo en las primíparas, es mucho más grave, que la que sobreviene en el periodo de la expulsion. La salida del feto parece que influye favorablemente suspendiendo los accesos, y al contrario el retardo del alumbramiento, facilita su reproduccion y los agrava (1).

(1) En esta parte he comprobado personalmente algunos hechos que modifican la opinion citada, comun á muchos tocólogos. He observado que cuando la eclampsia se presenta durante la gestacion, la provocacion artificial del parto influa favorablemente, suspendiendo los accesos, y terminando bien la distocia para la madre, aunque muriera el feto. Igual resultado he observado cuando el parto se ha presentado naturalmente. En los casos de eclampsia simultáneos con el parto no he visto confirmada aquella favorable influencia de la terminacion de este, tanto natural como artificial; he tenido ocasion de salvar algun infante con la rápida extraccion por version ó por el forceps, pero he perdido la mayor parte de las madres. En algunas se han suspendido las convulsiones, pero ha quedado una apoplejia cerebral que ha terminado por la muerte á los dos ó tres dias; en otras la muerte, tambien por apoplejia, ha sido más pronta.

Desde luego la gravedad de la eclampsia está también en relación con la intensidad y duración de los accesos, los cuales, cuanto más rápidamente se suceden, producen con más facilidad los derrames cerebrales. Se considera también más grave la eclampsia en la cual se han comprobado los accidentes urémicos.

2.—*Patogenia de la eclampsia.*—Se ha discutido, y aun sigue discutiéndose, la causa primordial de esas convulsiones, tratando la verdadera génesis de la distocia que nos ocupa. Nøegele resume en las siguientes palabras la patogenia de la eclampsia: «depende de modificaciones patológicas particulares producidas por la gestación y el parto en la sangre y en el sistema nervioso, modificaciones por las cuales la excitabilidad refleja del cerebro y de la médula se halla extraordinariamente aumentada, bastando entonces una excitación, á veces muy insignificante, para hacer estallar las convulsiones.» Pero desde la época de Nøegele se ha trabajado mucho en el estudio del desarrollo de la eclampsia, y se ha encontrado para muchos casos, si no para todos, la explicación, en una intoxicación conocida de la sangre. Litzman y Frerichs, son quienes más han ilustrado esta cuestión, demostrando que la eclampsia es un síntoma ó manifestación externa de la uremia. Esta opinión ha encontrado muchos adeptos, y hoy día se cree que la mayoría de casos de eclampsia puerperal lo son de eclampsia urémica, aunque acerca la relación que pueda existir entre esa intoxicación y el estado de congestión, no todos están contestes. Otra opinión es la de que no es la uremia la causa constante de las convulsiones, sino más bien la crisis sero-fibrinosa, consecutiva á las modificaciones fisiológicas de la sangre durante la preñez, la que aumenta la excitabilidad refleja de las mujeres embarazadas, en términos que la más pequeña causa determina las convulsiones. Rosenstein ha defendido la teoría de Traube eliminando la idea de intoxicación urémica, y haciendo depender la explosión de la eclampsia de la concurrencia de dos hechos, que son el estado acuoso de la sangre y un aumento de presión en el sistema aórtico, por hipertrofia del ventrículo izquierdo. Dadas estas dos condiciones, debe producirse el edema del cerebro y la anemia consecutiva; según el encéfalo se halle alterado en su totalidad ó en parte, se producirá el coma, ó las convulsiones ó ambos fenómenos á la vez. Todas estas opiniones y otras que se le aproximan, están fundadas en he-

chos de observacion, en el resultado de la comprobacion microscópica y en los experimentos y vivisecciones, de lo cual se desprende que real y verdaderamente puede considerarse la eclampsia capaz de ser provocada por cualquiera de estos procesos, en lo cual no se distingue de otros estados patológicos que pueden ser provocados por causas diversas.

Nosotros, reuniendo estos conocimientos, y deduciendo de ellos una conclusion práctica, admitiremos dos formas de eclampsia: 1.^a Independiente de una toxicoemia, y debida, por lo tanto, á un aumento extraordinario de la potencia éxcito-motriz del encéfalo, por razon de las condiciones mismas en que coloca al organismo el hecho de la gestacion. *Eclampsia idiopática*. 2.^a Dependiente de la uremia, y por lo tanto constituyendo un sintoma de esa auto-intoxicacion de la sangre, por los elementos excrementicios retenidos. *Eclampsia sintomática* (*albuminúrica* ó *urémica*).

A—*Eclampsia idiopática*.—Para explicarnos la génesis de las convulsiones en esta forma, independiente del estado de la sangre, adoptamos la fórmula de Schröder, basada en la teoría de Rosenstein. Por la naturaleza de las modificaciones anatómicas que la gestacion imprime al organismo, resulta un estado de hipoglobulia en la sangre, el cual pasa fácilmente á la hidroemia; en ese estado la circulacion arterial sufre un aumento de presion, sostenido por la hipertrofia del ventriculo izquierdo (hecho fisiológico), del cual quien primero siente el efecto es el cerebro, que por este motivo resulta hiperemiado. Dada la constitucion anatómica de la sangre (hidroemia), la hiperemia cerebral se convierte rápidamente en edema de la sustancia cerebral (por trasudacion capilar), y por el mismo hecho la infiltracion cerebral ejerce de una manera puramente mecánica una presion sobre los vasos cerebrales, provocando la anemia cerebral. En cuanto se constituye este último estado, la excitabilidad del cerebro deja de estar en armonía con las necesidades á que subviene, y propagándose á él y á la médula, por accion refleja, la excitacion del útero en estado de contraccion dolorosa, se produce la convulsion. Esta es, pues, entonces la manifestacion de un estado especial del encéfalo, debido á las condiciones anátomo-orgánicas de la gestacion.

En esta forma, que hemos llamado *idiopática*, se producen los accesos, bajo la accion inmediata de una causa determinada, comunmente durante el parto; así es, que constituye frecuente-

mente dicha causa la misma contraccion uterina. Figuran tambien como causas determinantes las impresiones morales vivas, las contrariedades, la impresion del frio, etc. Los caracteres de las crisis convulsivas son los mismos ya descritos; pero no se encuentra albúmina en la orina, ni los depósitos albuminosos en el fondo del ojo examinado con el oftalmóscopo. Por supuesto que cuando en uno de estos casos se practica la autopsia, no se encuentra lesion en los riñones; á bien que este resultado vale poco, porque tampoco es frecuente encontrarlas en la eclampsia realmente albuminúrica. Creemos tambien que esta forma de eclampsia es menos mortal que la otra; así referimos á ella esas pequeñas convulsiones, sin consecuencia, que observamos, sobre todo en las mujeres endebles y nerviosas, como tambien las producidas al final de un trabajo muy largo y laborioso, y puede tambien suponerse que pertenecen á esta forma, aquellas eclampsias que, aunque de crisis muy fuertes, y sumamente alarmantes por lo caracterizado de los síntomas, se curan, sin embargo, á beneficio de un tratamiento oportuno, sin dejar tras de sí vestigio ninguno.

B.—*Eclampsia sintomática. — Albuminuria; uremia.*—Los trabajos de Litzman y Frerichs dieron por resultado fundar la génesis de la eclampsia en una lesion de la sangre, puesta de manifiesto por la albuminuria. Es cierto que la albúmina se encuentra muy frecuentemente en la orina de las embarazadas, fuera de todo estado patológico grave; esto, empero, no significa que las crisis convulsivas, cuando se presentan, no estén relacionadas con este estado. Brummerstadt, que, como hemos dicho, ha escrito un notable trabajo sobre la albuminuria, la ha encontrado en el 84 por 100 de las mujeres afectadas de eclampsia, resultado que coincide bastante con los de Frerichs; de todo lo que puede deducirse que la doctrina que atribuye á la albuminuria la explosion de la eclampsia es racional y está fundada en hechos de experimentacion. Empero no todas las mujeres que durante la gestacion y el parto se presentan albuminúricas, están sujetas á la eclampsia. Litzmann admite una forma de albuminuria que nada tiene que ver con la enfermedad de Bright, y depende de una irritacion catarral de la vejiga urinaria; ha observado el citado práctico que es más frecuente esta forma en las púerperas, que en las mujeres en cinta ó durante el parto; la albúmina que se encuentra en la orina es poco abundante, y rara vez va acompañada del fenómeno convulsivo. Sigue luego la

albuminuria simple sin catarro, ni lesion de los riñones, la más frecuente y propia de la gestacion, y últimamente la enfermedad de Bright, con exudacion fibrinosa de los conductos uriniferos. Bajo el punto de vista de los sintomas, estas dos últimas formas no difieren en la mujer embarazada mas que por el diferente grado de intensidad. Una y otra las supone tambien dependientes de la misma causa, el extasis de la sangre en los riñones, por compresion de las venas emulgentes.

Despues de todo esto, á lo cual pudiéramos añadir mucho más, puede comprenderse ya la razon de admitir la albuminuria como punto de partida de la eclampsia; sin embargo, la albuminuria no es más que un síntoma, y en el caso presente se refiere á la *uremia* ó sea á la presencia de la urea en la sangre. Respecto á esto están conformes todos los observadores, no pudiendo admitir simplemente la albuminuria como explicacion de los graves fenómenos morbosos, que por otra parte lo son característicos de la intoxicacion expresada. En lo que hay divergencia es en la manera de explicar esa alteracion. A pesar de que no se duda que la urea puede pasar á la sangre, como resultado de una perversion en las funciones renales, la verdad es que la presencia real de esta sustancia en la sangre, como suponía Wilson, no ha podido comprobarse. Freitz ha supuesto que no se encontraba, porque aunque aumentara en la sangre, era rápidamente eliminada por la mucosa intestinal, en cuyo punto se trasformaba en carbonato amónico. Thudichum supone que solo es retenido en la sangre el urochromo, materia colorante de la orina, que es lo que produciria los accidentes morbosos. Finalmente, hay la teoría de Frerichs, quien supone que la urea contenida en la sangre se transforma en carbonato amónico, y que la presencia de esta sustancia es la que, reaccionando sobre los nervios vasomotores, determina los fenómenos eclámpicos.

Sea lo que fuere de todas estas teorías, el hecho es que la albuminuria juega un papel importante en muchos casos de eclampsia puerperal. ¿Por qué se produce esta alteracion orgánica? ¿qué relacion guarda con los cambios que en el organismo produce la gestacion?

No hay duda que la albuminuria es en algunos casos de que nos ocupamos, efecto natural de la enfermedad de Bright, pero estos son los menos, puesto que en la mayoría de casos desgraciados, la autopsia no confirma las lesiones renales características de la citada enfermedad, antes al contrario, demuestra una

completa falta de datos anátomo-patológicos que expliquen la lesión funcional. Es preciso, pues, creer, que la gestacion por sí sola es capaz de crear la situacion orgánica que se traduce por la albuminuria y la uremia. Para unos la causa es simplemente mecánica, consistiendo en la compresion que ejerce el útero sobre las venas renales; otros creen que depende del exceso de albúmina que tiene la sangre de la mujer durante la gestacion; y es posible tambien que dependa de la urea que elimina el feto por la placenta, y que de una manera ó de otra ha de pasar á la sangre de la madre. La relacion que la albuminuria guarda con los *fenómenos de la gestacion*, segun se comprende de todo lo que llevamos dicho, es la de constituirse estos, causa próxima ó remota de aquella, es decir, dos hechos mútuamente enlazados por razon de causalidad. En cuanto á los *fenómenos del parto*, y en particular las contracciones uterinas, son verdaderas causas determinantes, no de la albuminuria, pero sí de la explosion de los sintomas de aquella que permanecia como latente.

Los accesos en la eclampsia efectivamente albuminúrica no se diferencian de los de la idiopática, solo que los signos que demuestran la presencia de este elemento morboso son evidentes. Como gravedad es indudable que la tiene mayor, pues siempre debe considerarse más difícil restablecer la normalidad de la sangre tan profundamente alterada, que corregir manifestaciones nerviosas dependientes de causas como las que ocasionan la eclampsia por compresion cerebral.

La eclampsia, sea la que quiera su génesis, es más frecuente en las primíparas, como tambien en los casos de fetos múltiples. La relacion que esto pueda tener con la distocia de que nos estamos ocupando, no es bien clara, pero es probable que en el primer caso la mayor inextensibilidad de las paredes abdominales, y en el segundo el mayor volúmen del útero, aumentarán la presion sobre el aparato renal, causa más ó menos probable de albuminuria. Por nuestra parte, creemos que las modificaciones que la gestacion imprime al organismo son más sensibles en el primero que en los sucesivos embarazos, y esto puede ser una razon aceptable para explicar la mayor frecuencia de la eclampsia, puesto que el encéfalo se afectará más fácil y más profundamente, cuanto más sensibles sean las modificaciones orgánicas y funcionales que el embarazo produce.

3.—*Tratamiento de la eclampsia.*—Si existieren en un sujeto

signos evidentes de albuminuria durante la gestacion, será razonable establecer un tratamiento para combatir esta enfermedad, que en la perspectiva de que pueda provocar la eclampsia, será profiláctico de esta distocia. Los medios que para este fin hay que poner en juego son principalmente los preparados de hierro, los tónicos reconstituyentes y la alimentacion suculenta, y por otro lado los diuréticos, sobre toda los ácidos vegetales en forma de limonada, para eliminar en lo posible el exceso de serosidad de la sangre, y con la mayor abundancia de orina facilitar la salida de los tubos fibrinosos si existiesen. Desgraciadamente ni siempre se reconoce á tiempo la enfermedad, ni reconocida y empleados los medios oportunos, son estos bastante eficaces para combatirla.

El tratamiento de los accesos, ha sido considerado de diferente manera segun el criterio y las opiniones médicas de cada escritor: Unos han aconsejado como medio seguro y el primero á que debe acudirse, la provocacion del parto si no habia empezado, y su rápida terminacion en caso de estar ya iniciado el trabajo. Otros han preconizado sobre todo la sangría, como medio de disminuir la compresion cerebral: otros el uso de los narcóticos, llevado hasta el estremo para impedir la posibilidad de la convulsion; algunos dan la preferencia, con este mismo objeto á los anestésicos, otros en fin á los antiespasmódicos. Analicemos cada uno de estos sistemas, y veamos cómo y de qué manera son aplicables.

Provocacion y terminacion artificial del parto. —Es indudable que, cuando la eclampsia invade en el decurso de la gestacion, se encuentra aquella algunas veces ventajosamente modificada por la evacuacion del útero; ya sea que el parto se promueva naturalmente, ya que el arte lo provoque, es lo cierto que muy á menudo cede la eclampsia despues de este hecho. Podemos pues aceptar la primera parte en absoluto. Provocar el parto desde los primeros accesos, por los medios de accion más rápida que se tengan á mano, es una indicacion que puede favorecer á la madre, y si el feto es viable, facilita salvarle la existencia. Cuantas veces en la clinica lo hemos puesto en práctica, ha dado buenos resultados para la madre, aunque no siempre hemos conseguido salvar el feto. En cuanto á terminar el parto artificialmente, cuando el trabajo se halla ya iniciado al empezar la eclampsia, hacemos una distincion; admitimos la puncion de las membranas cuando se va ya dilatando el cuello; la extrac-

cion del feto con el forceps, en las presentaciones correspondientes y con suficiente dilatacion, lo mismo que la version en las presentaciones que la reclamen, si está dilatado tambien el cuello, y el feto está suficientemente movible en el amnios para que la operacion no pueda excitar la matriz; pero rechazamos el parto forzado, la dilatacion brusca del cuello y las operaciones violentas, porque creemos que aumentan la excitacion refleja del útero, y de consiguiente tambien las convulsiones. Ya hemos dicho antes que muy á menudo la deplecion del útero es ineficaz para hacer desaparecer el peligro en la eclampsia que aparece durante y sobre todo al fin del parto, pero debemos practicar la extraccion en interés del hijo, ya que no sea segura la garantía para la madre.

Evacuaciones sanguíneas.—Dada la teoría de la eclampsia idiopática segun Rossenstein y Traube, parece que la sangría debe ser un medio racional, puesto que disminuye la presión arterial, y consecutivamente la hiperemia y la compresion cefálicas. Este es indudablemente su efecto inmediato, pero debe tenerse en cuenta, que la sangre disminuida en su masa por una evacuacion abundante, restablece pronto el equilibrio por medio del liquido que absorbe de todos los tejidos. El resultado de esto es que poco tiempo despues de una sangría, la sangre representa la misma masa que antes, pero más serosa, es decir, que el estado hidrodémico que padecia la sangre, aumenta despues de la evacuacion y las condiciones que favorecen los accesos eclámpicos aumentan. Por esto raras veces es eficaz la sangría en estos casos. Si se trata de una eclampsia verdaderamente albuminúrica, la sangría debe aumentar las convulsiones, puesto que la extraccion de sangre no quita solo la úrea que pudiera tener, sino que la pone en condiciones de hacer más sensible su presencia. Las emisiones sanguíneas solo son aceptables en mujeres pletóricas y de muy fuerte constitucion, en las que se puede sospechar que la congestion sanguínea verdadera coadyuva á la intensidad de los accesos, y luego como medio de detener el estado apoplético cerebral y pulmonar que se va fraguando á medida que se formalizan las convulsiones, siempre más ventajosamente locales que generales. Fuera de estos casos, la sangría no puede admitirse; es más perjudicial que ventajosa.

Narcóticos.—El ópio y más especialmente sus alcaloides, se han usado con ventaja para dominar la excitacion nerviosa. Los autores aconsejan usar estas sustancias á fuertes dosis, hasta

conseguir un narcotismo completo, ya por medio de la tintura de ópio dada interiormente, ya por medio de inyecciones subcutáneas de morfina (25 miligramos de acetato de morfina por inyeccion, repetida hasta producir el narcotismo). Es un medio coadyuvante muy oportuno y del cual se saca partido para calmar algo la excitacion.

El baño tibio general, el envolver el cuerpo con mantas mojas en agua á 18º, que facilitan al cabo de algun tiempo una copiosa diaforesis; las afusiones frias y la aplicacion de hielo sobre la cabeza, son todos medios calmantes, que pueden favorecer la accion de los narcóticos.

Anestésicos.—Uno de los medios recientemente preconizados para combatir la eclampsia, es la cloroformizacion. La accion de esta sustancia es muy manifiesta sobre la contractilidad muscular; abatida esta hasta el aniquilamiento, la convulsion no es posible, resultado tanto más favorable, cuanto que las contracciones espasmódicas de la eclampsia, son una de las más eficaces causas que obran aumentando las congestiones en el cerebro y en el pulmon, de modo que si se consigue evitar esto, se alejan las causas de muerte, al propio tiempo que se dá lugar á que otros medios introducidos en el organismo puedan modificar ventajosamente el sistema nervioso. A esto puede añadirse, segun Scheinsson, que el cloroformo produce por sí una notable depression en el círculo arterial, lo cual contribuye al mismo fin que la suspension de las contracciones musculares. Por nuestra parte podemos asegurar que el cloroformo nos ha dado en la clinica resultados notables, teniendo la precaucion de administrarlo, no en el centro del acceso, sino al ir á iniciarse. En el momento en que la fijacion del globo ocular indica que va á empezar la convulsion, se acerca la compresa empapada en cloroformo á la nariz de la paciente, sosteniéndola hasta que ha pasado la amenaza; comunmente la convulsion no se formaliza, y si llega á desarrollarse es mucho menos fuerte. Pasado el acceso es necesario que la mujer respire aire puro, lo mismo que durante aquel, si no llega á tiempo el cloroformo para supenderlo. Este procedimiento por sí solo no cura la eclampsia, pero la modifica favorablemente y pone al sujeto en condiciones de recibir con éxito otras medicaciones.

Como sucedáneo del cloroformo se ha usado el hidrato de cloral, al interior, en enemas, y en inyecciones subcutáneas. Debatida su eficacia por unos y por otros, ha decaido bastante su

fama, si bien sigue usándose en algunas clínicas. Hemos obtenido con él algunos buenos resultados, pero siempre menos efectivos que los del cloroformo.

Antiespasmódicos.—Toda la série de medicamentos de esta clase han sido usados, pero realmente sin más que resultados pasajeros sobre la excitacion general. Todo lo que tienen de eficaz en las convulsiones histéricas, tienen de infructuoso en las eclámpicas. Hay, sin embargo, un medicamento en este grupo, que nos ha dado resultados muy positivos, sobre todo combinándole con la anestesia clorofórmica. Este es el bromuro potásico. Esta sustancia debe darse á altas dosis, y nosotros preferimos el método subcutáneo, que es de accion más pronta, con lo cual hemos obtenido la cesacion completa de terribles accesos eclámpicos. Creemos que las propiedades amiosténicas que tiene el bromuro, contribuyen tanto como las antiespasmódicas á su buen resultado.

Los revulsivos cutáneos é intestinales, los purgantes, los eméticos, etc., deben considerarse como coadyuvantes en unos casos, y en otros como destinados á cumplir alguna indicacion especial, pero no como constituyentes esenciales de la terapéutica de la eclampsia.

En el tratamiento de la eclampsia, finalmente, hay que atender á algunos hechos accesorios, mas no por esto menos importantes. Debe evitarse que la enferma se caiga de la cama, pero no ejercer violencia ninguna, pudiendo sostenerla con facilidad. Es preciso guardar la lengua de las fuertes mordeduras que puede sufrir durante la convulsion; para esto se coloca entre las arcadas dentarias el mango de una cuchara, ó una cuñita de corcho, previamente envuelta con un lienzo fino. Durante el parto ha de vigilarse su marcha, y obrar segun se vaya presentando, cuidando que los movimientos espasmódicos de la madre, no lastimen al niño en el período de expulsion. Despues del parto debe atenderse al estado de la matriz; ordinariamente se halla espasmódicamente contraida; pero puede no ser así y dar hemorragia, que deberá contenerse con los medios oportunos (1).

(1) Como complemento de lo dicho expondré el sistema últimamente seguido en la clínica de Obstetricia de nuestra escuela, en los casos de eclampsia. 1.º Provocar el parto, si este no ha empezado; en el caso contrario terminario artificialmente, tan pronto como el estado del cuello lo permite. Practicar tambien el alumbramiento sobre la marcha. 2.º Cloroformizacion en el momento de iniciarse el acceso; un interno está encargado de practicar oportunamente la anestesia, segun las reglas que hemos expuesto. 3.º Inyecciones hipodérmicas de una solucion concentrada de bromuro potásico (50 centigramos en cada inyeccion), repetidas de seis en seis horas, ó más tarde á medida que se alejan los accesos. 4.º En los casos de evidente tendencia á la congestion sanguinea cere-

II.

Hemorragias.

Una de las más notables distocias es la ocasionada por hemorragia uterina, tanto porque el hecho por sí solo es ya una amenaza directa á la vida de la madre y del hijo, como porque obliga para dominar la situacion á practicar operaciones difíciles, y no siempre seguidas del buen resultado que se apetece. Una hemorragia uterina, en cualquier época del período de generacion, puede presentarse con tal intensidad, que acarree rápidamente la muerte; sobre todo en el parto y en el alumbramiento son por desgracia numerosos los ejemplares en que unas cuantas *oleadas* de sangre, que se han presentado sin prodromos, sin sospecha de semejante accidente, han acabado la vida por agotamiento ó por *choque*, como dicen los alemanes refiriéndose á la notable sacudida nerviosa que produce la rápida é inesperada evacuacion de sangre. Pero aun sin esto, aun suponiendo que se ha podido evitar ese primero y funesto resultado de la pérdida sanguínea, queda en tal estado la paciente, que puede fácilmente perecer durante el puerperio, ya de una trombosis, ya de caquexia serosa, ya de alguna complicacion puerperal, ó bien queda expuesta á todas las consecuencias de la debilidad de nutricion, y de una convalescencia penosa. Esto, por lo que se refiere á la madre, pues el feto es muy comun que perezca ó por asfixia, debida á la separacion extemporánea de la placenta, ó á una hemorragia propia, debida á las rasgaduras de que casi siempre es asiento tambien el tejido placentario, cuando su insercion viciosa ó anómala es la causa de la hemorragia. Esto justifica la importancia que en todos los libros se concede á esta forma de distocias, y la necesidad de estudiarla, sobre todo en el terreno clinico, por ser una de las que exigen soluciones prácticas más perentorias.

Por regla general la hemorragia en cualquier tiempo de la época de la generacion, procede de los senos uterinos, pues sola-

bral, sanguijuelas sobre los apófisis mastoides. Este tratamiento ha dado resultados ventajosísimos, como puede verse en las memorias anuales de dicha clínica. Las inyecciones solo en un caso dieron lugar á la formacion de abscesos durante el puerperio, y el resultado final ha sido feliz en la mayoría de enfermas. Este mismo tratamiento en la práctica civil, no nos ha dado tan feliz éxito, aunque no por esto tenemos que arrepentirnos de haberlo usado. El tratamiento por el uso del cloral, ha fracasado en la mayoría de observaciones.

mente una variedad podremos referir á los vasos de la caduca, ó mejor dicho, que se desarrollan debajo de la caduca en la nueva mucosa en vías de formacion. De modo, que una hemorragia puerperal supone casi siempre una desimplantacion de la placenta, á la cual no corresponde el estado orgánico del tejido uterino relativo: ley patogénica que debemos tener muy presente al formular los principios generales de intervencion. Empero si el hecho primordial es casi siempre el mismo, no así las causas que motivan ese hecho, entre las cuales podremos recorrer una série notable de fenómenos referibles ya á alteracion de los caracteres anatómicos de tejido, y á la perversion de las condiciones de relacion entre el útero y la placenta, ya á aberraciones en el funcionalismo de los procesos del parto, etc.

Dada la salida de la sangre fuera de los vasos en que normalmente está encerrada, puede salir al exterior atravesando los órganos genitales externos, en cuyo caso ni cabe dudar un momento que la pérdida sanguínea existe, ni se esconden á la observacion los detalles todos del accidente, que por sola esta razon parece están más al alcance del arte para corregirlo. Esta es la llamada *hemorragia externa*. En contraposicion á ella puede la hemorragia ser *interna*, en cuyo caso la sangre escapada de los vasos uterinos permanece dentro del útero, entre la superficie interna de este y la placenta, ó entre esta y las membranas, ó en la cavidad del útero ya vacío, impidiéndole la salida á la vagina, y de aquí al exterior, en unos casos la oclusion del orificio interno del cuello por los mismos elementos del huevo, en otros, coágulos que se han formado en aquella region; en algunos, finalmente, los medios hemostáticos mecánicos de que se ha servido el profesor, y que cohibiendo aparentemente la hemorragia, lo que en realidad han hecho, ha sido convertirla de externa en interna. Esta última forma escapa por el pronto á la observacion, precisamente porque no se vé la salida de sangre, pero luego no puede menos que reconocerse el hecho, por la série de fenómenos patológicos referibles á la circulacion y á la inervacion que arguyen la pérdida del primer elemento vital. Así se observan escalofrios repetidos y prolongados sin reaccion, frialdad de las extremidades, palidez del semblante, lipotimias, el pulso se hace pequeño, frecuente y *bispulsans*, y á medida que progresa la pérdida, los escalofrios pasan á crisis convulsivas, el semblante de pálido se hace lívido y contraído, el pulso casi imperceptible, los síncope son continuos y sobrevendria

rápida la muerte por agotamiento brusco, si desconociendo el caso ó impotentes ante su intensidad, no se consiguiese la suspensión pronta del accidente. Háse pretendido por algunos que el aumento del volúmen del útero es un síntoma constante y fácil de apreciar, de la hemorragia interna; pero esto solamente es cierto en las hemorragias del puerperio, cuando queda la sangre retenida en el útero vacío, en cuyo caso vuelve á tomar con más ó menos rapidéz el volúmen que tenia antes del parto; pero cuando se realiza la hemorragia antes ó durante esta función, y de consiguiente estando ocupada la matriz por el huevo, aun cuando debe suponerse que existe algun aumento de su volúmen, no siempre es apreciable, y antes que él llaman la atención los síntomas generales que hemos descrito.

La hemorragia externa ó interna se caracteriza por los dos órdenes de fenómenos que vienen mentados; los *locales* constituidos por la salida de la sangre, mas los desórdenes anatómicos ó funcionales que la ocasionan; y los *generales* referibles al síndrome propio de las grandes pérdidas sanguíneas. Sobre estos caracteres comunes vienen los especiales de cada caso, y que constituyen la historia particular de esta distocia. Fundándonos en la manera como se produce la hemorragia, podríamos establecer una buena clasificación para servir de base al estudio, pero puesto que ese caso tiene íntimas relaciones con la época en que se presenta, adoptaremos la división generalmente seguida por los autores, según el tiempo en que el accidente aparece. En este concepto, dividiremos las hemorragias en tres grupos: 1.º Hemorragias de los primeros meses de la gestación; 2.º Hemorragias contemporáneas de los últimos meses y del parto; 3.º Hemorragias del alumbramiento y del puerperio. Cada uno de estos grupos puede dividirse según la siguiente *clasificación*:

| | | | | |
|---------------------------------------|---|---------------|---|---|
| HEMORRAGIAS. | De los seis primeros meses. . . | } | Por congestion y erosion de los vasos de la mucosa uterina. | |
| | | | Por aberracion en el proceso formativo de los senos uterinos. | |
| | | | Por alteracion anatómica del huevo. | |
| | De los últimos meses y contemporáneas con el parto. | } | Accidentales. | Por degeneraciones del tejido placentario. |
| | | | | Por un estado congestivo activo del útero. |
| | | } | Esenciales.... | Por violencias exteriores. |
| | | | | Por insercion viciosa de la placenta, (<i>Placenta previa.</i>) |
| | Del alumbramiento. | } | Por expulsion viciosa de la placenta. | |
| | | | Por inercia uterina primitiva ó consecutiva. | |
| | Del puerperio. . . | } | Inmediatas ... | Por inercia uterina. |
| Por dislaceracion del tejido uterino. | | | | |
| } | | Tardías. | Por inercia consecutiva: por falta de desarrollo del epitelio uterino: por retencion de parte de la placenta. | |
| | | | Por el estado varicoso de los vasos uterinos (<i>Teleangeactasia uterina</i>). | |

1—HEMORRAGIAS DE LOS PRIMEROS MESES DE LA GESTACION.

—La hemorragia que se presenta durante los primeros meses del embarazo, se refiere principalmente á la historia del aborto, de modo que, cuanto en el capitulo dedicado á esta distocia digimos, es perfectamente aplicable á este objeto. Añadiremos, sin embargo, algo relativo á la génesis fisiológica de esos flujos sanguíneos, que son tantas veces el primero de una série de fenómenos que concluyen con la completa expulsion del huevo.

Podemos referir principalmente á tres orígenes la hemorragia uterina en este periodo. El primero es la *congestion* y sucesiva *erosion de la mucosa uterina* convertida en caduca. En ciertos individuos, la congestion periódica del útero, se repite cada mes al principio de la gestacion, aun cuando falta la causa inicial de este fenómeno que es, segun admitimos, el orgasmo ovárico, y ya sea por haberse creado un hábito fisiológico, ya por otra causa desconocida, se congestiona la red capilar del útero, y detrás de esto viene la exudacion sanguínea, tanto más fácil, cuanto que las modificaciones que la mucosa ha sufrido, facilitan grandemente la erosion de los vasos. Esto no suele acontecer mas que en los

primeros meses de la gestacion, pero puede verse tambien, excepcionalmente, en los últimos. Segun opinion de muchos ginecólogos, podria explicarse muy bien por este procedimiento la persistencia de la menstruacion durante el embarazo que tanto llama la atencion por lo irregular y excepcional del fenómeno (1). Esta hemorragia tiene asiento en los vasos de la mucosa caduca, y no en la útero-placentaria, por lo cual podemos considerarla como la menos grave, en términos que, no siendo abundante, es perfectamente compatible con la integridad del huevo, y por lo tanto con la continuacion inalterable del curso de la gestacion. Pero si se hace muy intensa, puede indirectamente provocar contracciones uterinas expulsivas, y si la salida de la sangre del útero se encuentra imposibilitada por cualquier obstáculo, tal vez por la presencia misma del huevo, al coleccionarse entre esta y el útero, disecciona las membranas y acaba por producir la decolacion y expulsion del huevo, es decir, el aborto.

En esta forma cabe duda en el diagnóstico, sobre todo al principio del embarazo, pudiendo creerse que es simplemente el retorno de una menstruacion suspendida, tanto más cuanto no suele ir acompañada de los dolores característicos del aborto, los que no parecen hasta que se ha realizado la decolacion de las membranas.

La *segunda* forma, ó el segundo origen de las hemorragias que estudiamos, lo referimos á una *aberracion en el proceso formativo de los senos uterinos*. Recuérdese que estos resultan de la coalescencia de los capilares de la zona útero-placentaria, previamente extendidos y dilatados, fenómeno especial que produce la conversion de lo que eran antes conductos cilindricos, en verdaderos lagos ó depósitos de sangre. Ahora bien, este proceso de formacion anatómica puede alterarse, dejando de verificarse la fusion entre las paredes de los vasos contiguos, de lo cual resulta que al desaparecer estos por una especie de corrosion, queda abierto el vaso, y libre la salida de la sangre. Probablemente este hecho, en muy pequeña escala, es más frecuente de lo que pudiera creerse, pero no tiene resultados por impedir la salida de la sangre la yuxtaposicion de las dos superficies, uterina y placentaria, afianzada por el epitelio hipertrofiado; mas cuando se realiza en mayor extension, ó tiene lugar hácia los bordes de la

(1) Creemos poder sentar que este fenómeno es más frecuente en los países meridionales, habiendo tenido ocasion de observarlo repetidas veces en la ciudad en que ejercemos.

region placentaria, entonces la hemorragia es sensible, y finalmente termina por el aborto.

No es posible diferenciar *á priori* esta forma, porque reviste los mismos síntomas que la siguiente, es decir, los del aborto, pero sí que se comprende desde luego que se trata de un proceso patológico muy distinto del anteriormente descrito, y más peligroso, porque difícilmente puede salvarse la integridad del huevo.

La *tercera* forma la referimos á las *alteraciones del huevo*, que producen la desimplantacion. Desde la simple degeneracion de las membranas, hasta la muerte del embrion, toda clase de perversiones que puedan considerarse en el huevo, dan como resultado desimplantaciones, parciales unas veces, otras casi totales. En ambos casos el resultado inmediato es la hemorragia uterina, tanto más intensa cuanto mayor sea la superficie desimplantada. Aquí, como en el caso anterior, pero si cabe con más razon aun, tenemos pura y simplemente el caso de un aborto, y aborto inevitable, porque su razon de causalidad reside en una alteracion orgánica del producto de la concepcion, casi siempre incompatible con la vida del mismo. Por no caer en repeticiones, solo diremos que la etiología, y los síntomas de esta forma de hemorragias, son los mismos del aborto, y á él nos referimos para su conocimiento.

Debe incluirse en este grupo la hemorragia producida en la misma época por las caidas, los golpes y las emociones morales, causas todas físicas ó psíquicas, que producen la desimplantacion placentaria, y de aquí la hemorragia.

Tratamiento.—Todas las hemorragias de la primera época de la gestacion exigen el mismo tratamiento á pesar de la diversidad de causas, y es porque la índole de estas imposibilita el planteamiento de la indicacion causal, y debemos limitarnos á la sintomática. Así, ante todo, se prescribirá el reposo absoluto en la cama, en decúbito supino y con la region pélvica algo más elevada que los extremos, y en seguida el uso de los astringentes locales y generales. Entre los primeros creemos de muy poco valor la aplicacion del frio sobre el hipogástrio tal como ordinariamente se usa (fomentaciones con agua fria); será sí más eficaz cuando se haga por medio de la pulverizacion del éter, en los casos en que pueda tolerarlo la enferma. Las inyecciones vaginales astringentes, como la solucion del sulfato de alúmina y del de zinc, y los enemas laudanizados, formarán la base del tratamiento local. Si no se

consiguiere con esto suspender la hemorragia y esta fuese algo abundante, puede recurrirse al taponamiento.

Como medicacion interna pueden tambien usarse los astringentes, en especial los vegetales, pero siempre con desconfianza, porque lo que no consigan en este caso los medios locales, dificilmente lo alcanzarán los generales. En los casos en que aparecen sintomas congestivos, por los cuales puede deducirse que este proceso tome alguna parte en la génesis de la hemorragia, nos ha dado muy buenos resultados el uso del acónito (*extracto* 0'25 centigramos al día) ó la aconitina (0,015 miligramos), prolongando algunos dias esta medicacion. Pocas veces hemos tenido que recurrir á las emisiones sanguíneas, y en esos pocos casos damos la preferencia, y nos ha resultado ventajoso, al método de aplicar algunas sanguijuelas sobre las manos, por cuyo medio se ha producido más bien que una deplecion, una derivacion muy favorable para desingurgitar el útero congestionado. Puede usarse tambien, cuando es muy pertinaz la hemorragia, la ergotina, sin peligro de que esta sustancia produzca contracciones expulsivas, siempre y cuando se metodice su uso, y no se traspasen los limites, dentro los cuales es esta sustancia puramente astringente.

2.—HEMORRAGIAS DE LOS ULTIMOS MESES Y CONTEMPORANEAS DEL PARTO.—A—**Hemorragia accidental.**—Las hemorragias que se presentan en el último período de la gestacion y durante el parto, son completamente idénticas bajo el punto de vista de su génesis y de su importancia práctica, por cuya razon pueden estudiarse en un mismo grupo. Las dividimos en *accidentales* y *esenciales*, segun que la causa se refiere á un hecho ageno al trabajo orgánico de la gestacion y parto, como son las degeneraciones del tejido placentario, la congestion activa del útero y las violencias exteriores, ó bien va aquella causa unida á una insercion viciosa de la placenta.

Etiología.—La hemorragia á que se dá el nombre de accidental (que como dice Barnes es muy poco filosófico), se realiza estando la placenta inserta normalmente en su sitio, y por efecto de una desimplantacion parcial más ó menos extensa. Las causas de estas desimplantaciones son varias, pero figuran en primer término las emociones morales y las violencias físicas. Al llegar al último período del embarazo, la union entre la placenta y el útero, aunque persistente, se ha hecho si embargo menos firme

por la extension progresiva de las superficies contiguas, por cuya razon no se necesita un grande esfuerzo para provocar su separacion, y aunque no se explica bien el mecanismo segun el cual se realiza, la verdad es que las fuertes emociones morales producen este resultado. Algunos han supuesto que era por medio de contracciones uterinas prematuras é irregulares, pero se ha de tener en cuenta que la contraccion, si es cierto que produce la desimplantacion, produce tambien la oclusion de los vasos placentarios, por manera que esta génesis solamente podemos aceptarla en los casos en que á la contraccion irregular del útero causante de la desimplantacion ha sucedido rápidamente una relajacion bastante notable y con ella la pérdida sanguinea. Las violencias físicas de cualquier orden que sean explican mejor el hecho; así una caída, un salto, una sacudida brusca, el acto de levantar del suelo un fardo pesado, y otros parecidos explican bien las desimplantaciones accidentales, causa de la hemorragia. Después de estos hechos se citan las degeneraciones parciales de la placenta, y los estados apopléticos de la misma, causas que en realidad nos parece producirán pocas veces la desimplantacion. Ultimamente la congestion activa del útero en la region placentaria puede terminar por hemorragia, y aunque esto no será lo más frecuente, basta que sea posible para que la admitamos como otra de las fuentes que pueden originar la desimplantacion. Téngase en cuenta aquí que un hecho cualquiera puede determinar una desimplantacion parcial, mas luego de producida esta, la misma sangre derramada, insinuándose entre las dos superficies, constituye la principal causa de la separacion, y de consiguiente del sostenimiento y exageracion de la hemorragia.

Figuran como causas de hemorragia en el orden que estudiamos algunos hechos citados en la mayor parte de los libros de Obstetricia, pero que no podemos admitir mas que como condiciones orgánicas predisponentes. Así se encuentran en este número, 1.º los estados de debilidad grande producidos por la pobreza, las privaciones, los sufrimientos y la repeticion de partos anteriores, en un temperamento linfático; la anemia consecutiva á la convalecencia de enfermedades graves, y la clorosis (1). En

(1) Admitimos más fácilmente esta causa como predisponente de las hemorragias, que la opuesta, ó sea la plétora general, que incluyen algunos autores y que nosotros no hemos visto comprobada como tal predisposición, aunque hayamos podido ver hemorragias accidentales en mujeres plétóricas, ocasionadas por violencias físicas.

este caso el útero, mal nutrido, carece de tonicidad, y á la más ligera causa ocasional se separa de la placenta y deja escapar la sangre de una manera pasiva. 2.º Algunas enfermedades que han merecido ya por algunos el nombre de *hemorragophylas*, como por ejemplo las calenturas eruptivas, y principalmente la escarlatina; algunas discrásias, como la leucocytemia y la albuminuria, y principalmente la degeneracion adiposa del corazon y la atrofia aguda del higado. Todos estos estados patológicos obran dando á la sangre una fluidez especial, al paso que existe más tenuidad en los tejidos continentes, y la desimplantacion se hace más fácil.

Sintomas y diagnóstico.—Dada la accion de la causa determinante, mejor dicho, realizada la desimplantacion, la sangre se desprende, y aquí puede ser de una de las dos maneras antes indicadas, *externa* ó *interna*. En el primer caso, perfectamente visible al exterior, ni cabe duda de su existencia, ni se desconocen todos sus detalles. Pero puede ser interna, y esta forma presenta un caso especial muy digno de tenerse en cuenta: la placenta, conservando sus inserciones de la circunferencia y desimplantada en el centro, puede retener entre ella y el útero la sangre extravasada, formando una especie de bolsa cuyas dimensiones, tomando gran proporcion, afectan la apariencia de un tumor reconocible al exterior al través de las paredes abdominales (1). Excusado es decir que la cantidad de sangre así perdida es bastante para producir la muerte, aunque en el caso citado por Oldham esta fué efecto de la rotura del útero distendido por la sangre incluida en la bolsa. Los síntomas en este caso son de la *hemorragia interna*, debiendo dirigir principalmente la atencion para formular el diagnóstico á los síntomas de colapso, y al dolor especial continuo que se refiere al punto de la desinsercion placentaria.

Pronóstico.—Esta hemorragia puede ser leve, siempre y cuando sea pequeña la superficie desimplantada, y los vasos abiertos se retraigan. Esto sucede muchas veces cuando se presenta iniciado ya el trabajo del parto, sirviendo entonces las contracciones expulsivas de medio hemostático, y saliendo alguna sangre en el intervalo de las contracciones. Pero en la mayoría de casos es grave, y se ven muchos ejemplos de perecer la mujer antes de que haya podido acudirse en su auxilio, tal habia sido la intensidad de la hemorragia.

(1) Oldham; Guys Reports 1853, y Braxton-Hicks, Obstetrical Tsansac.

Tratamiento.—La indicacion causal no puede tampoco cumplirse en este caso, y lo mismo que cuando hemos tratado de las hemorragias del aborto, debemos aqui buscar pura y simplemente los medios de oponerse á la salida de la sangre, prescindiendo de la causa que la motiva. Dice Barnes, y con razon, que lo primero que debe hacerse en estos casos es romper las membranas. Aunque esto ha de producir el parto prematuro, no debemos titubear ante el peligro inminente que corren la madre y el hijo. Por este medio el útero se retrae, las fibras ejercen su papel de comprimir los vasos uterinos, y establecen el mejor hemostático. Juntamente con esto debe atenderse al estado general de la paciente y con los medios oportunos combatir el colapso, acudiendo á esto por medio de anti-espasmódicos, difusivos, el calor aplicado á las extremidades, fricciones, sinapismos, etc. Si despues de contenida la hemorragia, el parto marcha ya naturalmente, puede dejarse á la naturaleza que concluya la obra; pero lo más frecuente es que esto no se consiga mas que en parte, es decir, que el ánimo se levanta, hay alguna disminucion en la hemorragia, pero las verdaderas contracciones expulsivas no se establecen. En este caso se pasa á terminar artificialmente el parto por la dilatacion mecánica del cuello (1), y una vez conseguida esta, se hace la aplicacion del forceps ó la version, segun la manera como se encuentra el feto. Creemos muy conveniente administrar al tiempo de terminar el parto una dosis fuerte de cornezuelo, para conseguir contracciones enérgicas, despues de la extraccion del feto, y con ellas una mayor rapidéz en el alumbramiento, y una arma contra la hemorragia, temible aun despues de aquel. Para evitarla se ha propuesto tambien hacer en el útero ya vacio, una inyeccion con la solucion del percloruro de hierro, práctica que adoptamos sobre todo en los casos de decaimiento fisico de la paciente, en los que podemos esperar muy poco de la fuerza contractil de las fibras uterinas.

Hemorragia esencial.—Placenta prævia.—Las más notables hemorragias del periodo que venimos estudiando son las que se deben á una insercion viciosa de la placenta. Esta parte importante del organismo fetal adhiere, segun sabemos por la embriogenia, á un punto del segmento superior del útero, bastante próximo á uno de los orificios tubarios. Esta es su region propia,

(1) Para estos casos tiene notables ventajas el dilatador hidrostático de Barnes, cuya accion es más rápida que la de la esponja preparada y los tallos de *laminaria digitata*.

puesto que se halla organizada convenientemente para todos los fenómenos anatómicos y funcionales que á ello se refiere en la funcion gestacion y parto: fuera de este sitio, cualquiera que ocupe es impropio, y la colocacion de la placenta, una verdadera *ectopia*. Cuanto más descende en la superficie uterina hácia el cuello, peores condiciones reúne, en términos que algunos autores comparan la insercion placentaria en el segmento inferior á una preñez extra-uterina. Para mejor comprender estos hechos, recordaremos algunas condiciones anatómicas del útero y de la placenta que explican la gravedad de los hechos que subsiguen á una insercion viciosa.

En primer lugar la estructura del útero no es igual en toda, su extension; la capa muscular intermedia, formada de hacecillos entrelazados, como constrictores de los vasos, no existe más que en el fondo y parte de la zona media. En segundo lugar, el crecimiento del útero durante el embarazo, se hace desde el principio de una manera regular, progresiva y constante, en el fondo y parte media; pero en el segmento inferior es casi nulo el crecimiento al principio, despues del quinto mes se formaliza ya, aunque algo irregularmente, y en las últimas semanas se hace con mucha rapidez, para adaptar sus dimensiones á las de la cabeza del feto. En tercer lugar la placenta crece y se desarrolla á medida del crecimiento del huevo, tambien de una manera progresiva, pero constituyendo siempre un tejido fibro-vascular, tenso, nada elástico ni dilatable. Ahora bien; dadas estas condiciones anatómicas, aparece al lado de ellas la ley fisiológica que exige una perfecta correspondencia entre las dos superficies, placentaria y uterina, única garantía de integridad de las importantes funciones encomendadas á este órgano, por lo cual es necesario que se extiendan las dos en completo paralelismo, y sigan la misma progresion, y como complemento de seguridad, que los senos uterinos estén provistos de los elementos accesorios constituidos por las fibras uterinas que antes hemos mencionado. Tales condiciones solamente las reúne el fondo de la matriz; el resto será tanto más inconveniente, cuanto carezca de ellas en mayor grado, y la insercion placentaria resultará anómala y peligrosa.

Lo que entonces sucede es lo siguiente: durante la gestacion crece la placenta á proporcion del desarrollo del huevo, y como la region en que se halla implantada no se extiende de igual manera, se encuentran dos superficies yuxta-puestas, de las cuales

una se mueve y está inmóvil la otra; resultado: la separacion de ambas, ruptura de las porciones de epitelio que pasan de una á otra, desgarro de los senos, y hemorragia. Durante el trabajo del parto viene á suceder lo mismo, con la diferencia de que el papel que desempeña cada una de las superficies contiguas, está invertido; la placenta no se extiende y el segmento inferior es el que rápidamente se dilata para dejar paso á la presentacion, y la que produce, por lo tanto, los desgarros que dan lugar á la hemorragia. Durante la gestacion (se entiende en los últimos meses), esta es lenta, poco abundante por lo regular, y aparece en forma periódica, porque la dilatacion es gradual y progresiva, y solo de cuándo en cuándo se verifica una rasgadura; pero durante el parto, desde que empieza el periodo de dilatacion, la hemorragia es activa y alarmante, porque es tambien brusca la separacion. Cuando la insercion de la placenta no se hace en el segmento inferior, sino en la parte media, entonces no existe el peligro de la hemorragia por efecto de la dilatacion, pero sí el de una hemorragia sucesiva á la expulsion de la placenta, por lo incompleto de los medios naturales hemostáticos representados por la túnica muscular media, que aquí no es aun completa. Estos, pues, son los resultados de la falta de condiciones anatómicas apropiadas, en la region que anormalmente ha venido á ser asiento de la insercion placentaria.

El mecanismo de estas hemorragias está perfectamente comprendido, y hoy nadie duda de la razon anatómica que á ellas preside; pero sí existe alguna divergencia acerca el manantial de la hemorragia, pues si bien la mayoría de los autores opinan que es uterina, Simpson y Radford, adoptando la antigua doctrina de Levret, sostienen que la sangre sale de la placenta; mas los estudios recientes sobre esta parte de fisiología patológica no dejan duda de que la sangre perdida la prestan exclusivamente los vasos uterinos. Aquí sucede como en la expulsion normal de la placenta, que al separarse esta del útero, la parte que cede y es arrastrada, es el epitelio de la mucosa útero-placentaria, y por esta razon quedan al descubierto los vasos uterinos, y no los vasos placentarios, cuya estructura especial es una garantía de su integridad.

Para comprender perfectamente las modernas ideas sobre la insercion viciosa de la placenta, la mejor teoría que podemos adoptar es la de Barnes, admitida hoy casi sin discusion por los ingleses y alemanes, y que hemos visto tambien comprobada en

nuestra práctica. Barnes divide la superficie interna del útero en tres zonas por medio de dos círculos paralelos. (Fig. 96.^a) El circulo

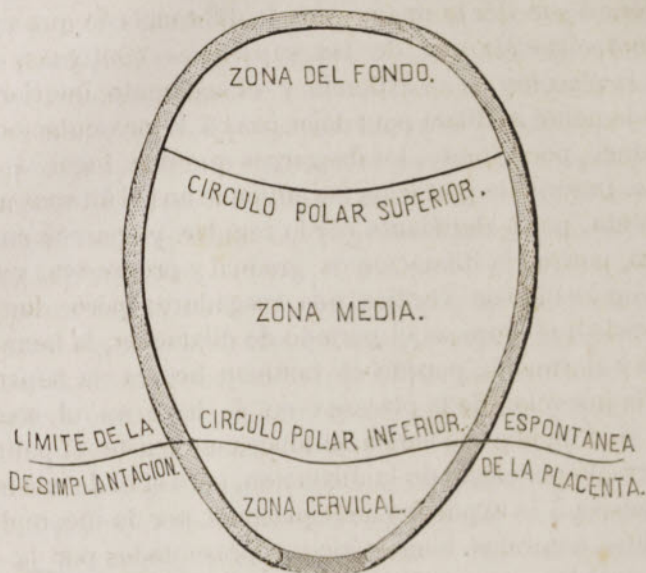


Fig. 86.—DIVISION DEL ÚTERO EN ZONAS SEGUN BARNES.

lo superior, al nivel ó poco menos de los orificios de las trompas, llamado *circulo polar superior*, limita la *zona del fondo*, region normal de la insercion placentaria, que reúne para ello todas las condiciones anatómicas, y que por lo tanto se halla agena de todo peligro. El círculo inferior, *circulo polar inferior*, separa la *zona del meridiano* de la *zona cervical*. Aquella, comprendida entre los dos círculos polares, abarca toda la region lateral del útero; la insercion en ella de la placenta no provocará la desimplantacion, pero predispone á las presentaciones viciosas, y á las hemorragias *post partum*. Despues del círculo inferior se encuentra ya la *zona cervical*, en la que es peligrosa la insercion de la placenta, porque debiendo dilatarse en el tiempo del parto, no puede dejar de desimplantarse la placenta. La línea marcada por este círculo determina el límite fisiológico entre la *insercion viciosa* y la *insercion lateral*; por debajo de esta línea la placenta se desimplanta espontáneamente y se produce la hemorragia; por encima de la misma no hay ni desprendimiento espontáneo, ni hemorragia.

Tal es la teoría de Barnes que dá una idea clara de la razon fisiológica de estas notables hemorragias. De ella se desprenden los siguientes corolarios prácticos: 1.º Que la region en que la

implantacion de la placenta es viciosa, tiene limites fijos, determinados por condiciones rigurosamente anatómicas.—2.º Que si toda la placenta ocupa la region cervical, la desimplantacion y la hemorragia son inevitables, pero si *parte tan solo de la placenta* ocupa la region cervical, y el resto la meridiana, la desimplantacion será incompleta, la hemorragia podrá dominarse, y no vendrá necesariamente la muerte del feto, porque queda funcionando una parte de su aparato respiratorio.—3.º Que cuando la dilatacion del cuello está bastante adelantada para dar paso á la cabeza, habiéndose ya separado toda la porcion de placenta que en ella estaba fija, cesa la hemorragia, parte por efecto de la contraccion uterina, parte por la compresion de la cabeza fuertemente encajada en el segmento inferior.—En estos corolarios funda el autor citado su procedimiento especial para el tratamiento de la *placenta previa*.

Para completar este estudio falta fijar exactamente la situacion del círculo polar inferior, lo cual determina Barnes de la manera siguiente: «El segmento inferior del útero debe dilatarse lo suficiente para dar paso á la cabeza del feto; la medida, pues, de esta nos dará exactamente la dimension de la superficie, sobre la cual no puede implantarse la placenta sin ser bruscamente arrancada, esto es, la zona cervical... Este limite se fija describiendo en el útero un círculo con un rádio de 76 centímetros desde el centro del orificio, medida que representa la distancia que va desde la protuberancia parietal izquierda á la circunferencia mayor de la cabeza (1).» Puede reconocerse esta misma zona despues del parto por el exámen de la placenta; la abertura de las membranas indica por lo regular la dilatacion del segmento inferior, y el punto que aquella ocupa es el correspondiente á la zona dilatada. Por otra parte se conoce tambien la porcion de placenta que se hallaba en esta zona y ha sido desimplantada por presentarse equimosada, ó infiltrada de sangre.

Sintomas y diagnóstico.—Es cierto que una insercion viciosa de la placenta puede ocasionar hemorragias en todo el decurso de la gestacion, pero de ordinario solo despues del 5.º mes, es cuando la reconocemos. En este periodo sobrevienen hemorragias rápidas, sin causa determinante conocida, sin contraccion uterina sensible, y esto se repite de una manera periódica. Si con estas condiciones se examina el útero, es probable encontrar la

(1) Lecciones sobre las operaciones obstétricas y el tratamiento de las hemorragias, por el Dr. Robert Barnes.—Leccion XXII.

porcion vaginal del cuello más gruesa y voluminosa que de ordinario; luego no se reconoce la presentacion; en vez de poder fijar los caracteres de una conocida, encuentra el dedo una superficie blanda y tomentosa, el cuello está sensible y no puede practicarse el peloteo. En algunos casos podrá la auscultacion indicarnos el lugar en que la placenta se halla fija.—Algunos han querido distinguir esta hemorragia de la accidental, por el tiempo en que sale la sangre, diciendo que en las accidentales se suspende con la contraccion y sale la sangre cuando esta cesa; al paso que en las esenciales, aumenta durante la contraccion sin cesar del todo en los intervalos. Sobre esto hay que tener presente una ley fisiológica planteada por Leroux, y que preside á todo género de hemorragias, á saber: «El acto hemorrágico es diastólico; la hemorragia *visible* es sistólica; el acto hemostático es sistólico.» Es decir, que durante la relajacion muscular es cuando sale la sangre de los vasos, y al tiempo de la contraccion la sangre coleccionada es arrojada fuera de la matriz, al propio tiempo que la misma contraccion cerrando los vasos cohibe la hemorragia.

Pronóstico.—Grave siempre en esta distocia, lo es más cuando la insercion se halla por completo en la zona cervical (*placenta prævia central*), que cuando solo parte de ella se encuentra en esta situacion (*placenta prævia parcial*). Los peligros para el feto son siempre positivos; aparte lo que altera su organismo la repeticion de las hemorragias, es frecuente su asfixia por efecto de la desimplantacion, si no es extraido antes de que esta sea completa. Aun para llegar á esto ha de sufrir muchas operaciones peligrosas. Las estadísticas demuestran la excesiva mortalidad de los niños bajo estas condiciones. Respecto á la madre, son muchos tambien los casos desgraciados; unos porque la hemorragia determina la muerte pronto; otros por anemia consecutiva; otros por rasgaduras del útero, hijas del procedimiento empleado para terminar la distocia.

Tratamiento.—Siendo la presentacion de la placenta una de las más graves distocias que vienen á perturbar la marcha normal del parto, no es extraño que su tratamiento constituya una de las más interesantes cuestiones clinicas de nuestra ciencia. En ella vienen sériamente comprometidas la existencia de la madre y la del hijo, y el fin que se propone el médico es salvar ambos, como le sea posible, y de no, salvar por lo menos la vida de la madre. Para llegar á este fin, se han propuesto diversos medios,

que constituyen otros tantos procedimientos operatorios, adoptados con entusiasmo por sus preconizadores, y aconsejados en los libros, según el criterio de cada autor. Antes de formular nuestro juicio sobre este punto, es conveniente dar á conocer los indicados procedimientos, puesto que todos ellos tienen algo bueno, y solo comprendiendo bien todo su alcance, es como podremos aplicar en cada caso aquel que mejor responda á la necesidad del momento y á las condiciones individuales que en él se reúnen.

Digamos antes, que la cuestión de elegir un tratamiento que llene el doble objeto que se propone el operador, no puede plantearse más que en los últimos meses, cuando el feto es viable; antes de esta época, la hemorragia debe tratarse y dominarse conforme hemos indicado en párrafos anteriores, aun cuando su causa puede referirse á una inserción placentaria viciosa.

Parto forzado.—El tratamiento que de más antiguo encontramos empleado en las hemorragias por *placenta prævia*, es el parto forzado, que practicaban Guillemeau y Mauriceau, y posteriormente Lamotte, Deventer y Levret. Este último redujo su aplicación á los casos de inserción central de la placenta, siendo seguido en esta opinión por Mme. Lachapelle, Velpeau, Moreau, Denman y Churchill, quienes consideraban este procedimiento como el último recurso. La operación se practica dilatando violentamente el cuello por medio de la introducción sucesiva de los dedos, hasta que permite el paso á la mano. Penetra entonces esta y extrae el feto por medio de la versión. Las consecuencias casi inevitables de esta operación son las rupturas del útero, aun practicando las pequeñas incisiones que faciliten la dilatación. Aparte de esto, fracasa muchas veces, haciéndose imposible la dilatación por falta de preparación en los tejidos uterinos.

Division de las membranas.—Ante las dificultades y peligros del anterior procedimiento, surgió la idea de provocar el parto por otro medio, la rotura previa de las membranas, constituyendo el llamado *método de Puzos*, adoptado luego por Baudelocque, Smellie, Stoltz, Dubois, Chailly, Depaul, Pajot, y por algunos profesores españoles, con las salvedades respecto á nuestros contemporáneos, de que no debe adoptarse como procedimiento único y absoluto.

Aunque aceptado en principio de una manera general, difieren los autores en la manera de realizar este procedimiento. Deventer aconsejaba perforar directamente las membranas, aun

cuando fuese central la insercion de la placenta, en cuyo caso atravesaba esta con el dedo, hasta llegar á la cavidad amniótica: Gendrin en este caso desimplantaba la placenta hasta llegar á su borde, y por allí pasaba los dedos para llegar á romper las membranas. Siguiendo un proceder igual, Dubois reservaba la perforacion de las membranas para los casos de insercion marginal ó incompleta, que le permitia llegar á las membranas sin interesarla. Este procedimiento es el seguido hoy generalmente en Francia. La division de las membranas y salida del liquido amniótico produce la reduccion y contraccion del útero, y á esa contraccion debe indudablemente atribuirse el primer efecto de aquella operacion, que es la suspension ó disminucion de la hemorragia; y el segundo, que es la formalizacion del parto, no tarda tampoco en aparecer, con lo cual, si la hemorragia ha perdido su importancia, se consigue convertir en un caso normal el que empezó como patológico. Como no siempre son tan lisonjeros los resultados obtenidos de la operacion, si urge terminar el parto se favorece la contraccion por algunos medios ecbólicos, entre los cuales figura en primer término la administracion del cornezuelo de centeno. Aunque esta práctica tiene bastantes adversarios, podemos, en tésis general decir, que es aceptable siempre que se use del medicamento con prudencia y dentro de las sanas reglas terapéuticas. Cuando así se procede, facilita la dilatacion, y por lo tanto la terminacion artificial por medio de la version, si así la necesidad lo exigiere.

Taponamiento.—Otro medio de oponerse á la hemorragia por insercion viciosa de la placenta es el taponamiento vaginal, método muy usado en Francia desde Leroux, seguido por los actuales catedráticos de la escuela de París (Depaul, Pajot) y aceptado tambien en principio y como el medio de uso más general y eficaz por nuestro distinguido tocólogo el Dr. Alonso y Rubio (1). *El taponamiento vaginal* puede practicarse de diversas maneras; una vejiga de caotchouc, el *colpeurynter* de Braun, generalmente usado en Alemania, el globo de Chassagny, etc.; pero el que podemos llamar método clásico es el que consiste en rellenar la vagina de torundas de hilas, sujetas á sus correspondientes fiadores, y suficientemente apretadas para que cumplan con su objeto de oponerse á la salida de la sangre, y no dejarse infiltrar demasiado por la parte más fluida de esta. Conocido el procedi-

(1) Clínica tocológica. Casos de distocia de la práctica civil.—Madrid,—1866.

nimiento para aplicar esa clase de tapon, solo añadiremos que las primeras torundas deben ser pequeñas y colocadas de manera que llenen los fondos de saco vaginales; á medida que se colocan las siguientes se van apretando, y no importa que la vagina se llene con exceso, pues de esto depende el éxito de la operacion.

El efecto inmediato de esta es oponer una valla material mecánica á la salida de la sangre; detenida esta en el mismo cuello uterino, se coagula, y de esta manera se hace ella el mejor hemostático. Cuando las membranas están íntegras, este efecto es positivo, y no hay duda que acaba por cohibir del todo la hemorragia; pero si aquellas se rompieron, la sangre que sale de los vasos tiene ya á donde dirigirse, y la hemorragia de externa se convierte en interna. El segundo efecto del tapon es de provocar las contracciones uterinas, y de consiguiente determinar el parto, que es otro de los objetos finales de esta operacion. Entre los mismos profesores que aceptan el taponamiento como medio general, existe divergencia acerca la manera de proceder despues de hecha su aplicacion. Unos quieren que permanezca el tapon indefinidamente, hasta que el parto termina espontáneamente, de modo que las mismas contracciones uterinas que expulsan el feto, son las que expulsan delante de aquel el tapon. De esta opinion es Pajot. En este caso debe limitarse la accion del profesor á vigilar la marcha del parto, asegurarse de que sigue cohibida la hemorragia y de que no se ha hecho interna. Otros limitan la accion del tapon al tiempo suficiente para producir una dilatacion capaz de permitir la introduccion de la mano, y llegado á este punto, que suele ser dentro de 30 ó 40 horas, terminar artificialmente el parto por la version ó el forceps y sucesivo alumbramiento. Al frente de este criterio se halla en Francia Depaul. Es indudable que la última opinion es la más razonable, pues ofrece más garantías de salvacion para el feto que la primera.

Despegamiento de la placenta.—Badfort, y luego Simpson, han preconizado como mejor tratamiento de la hemorragia por *placenta prævia*, el despegamiento ó decolacion de la placenta, fundándose en que se observa muchas veces la cesacion pronta de la hemorragia, cuando espontáneamente se ha verificado aquella separacion. Simpson, sin embargo, admite los demás procedimientos conocidos, y solo juzga necesaria la decolacion de la placenta, 1.º cuando la hemorragia ha resistido á todos los medios,

en especial á la division de las membranas; 2.º cuando las circunstancias especiales hacen imposible ó peligrosa por el momento la version; 3.º cuando la muerte *reconocida* del feto, releva al médico de todo deber de velar por la integridad de este, y solo debe ocuparse de la de la madre. Además de esto aconseja extraer el feto inmediatamente. Este procedimiento implica casi constantemente la muerte del feto, que debe ocurrir necesariamente desde que se separa la placenta de la superficie uterina; sin embargo, Simpson ha conseguido extraer algunos fetos vivos, cuando á la avulsion de la placenta ha seguido rápidamente la extraccion del infante.

Procedimiento de Barnes.—Finalmente, Barnes como complemento de su teoría de la *placenta prævia*, propone oponerse á la hemorragia, cambiando las relaciones que la motivan. Establece para esto dos casos distintos; 1.º Insercion viciosa, central ó no, con contracciones activas y dilatacion.—2.º Inversion viciosa sin contracciones. El hemostático por excelencia es en ambos casos la contraccion uterina; en el 1.º, pues, debe sostenerse; en el 2.º debe provocarse. Si la marcha del parto es activa, por poco que se ayude á la naturaleza es posible que espontáneamente se resuelva la dificultad, y al nacer prontamente el feto y ser expulsada la placenta, termina también la hemorragia. Cuando la contraccion no existe, debe, ante todo, si la hemorragia es alarmante, provocarse por medio de la puncion de las membranas, seguida de la compresion metódica del abdómen. Si esto no es suficiente, se hace la dilatacion del cuello por medio de su dilatador hidrostático, que es á la vez compresor de las superficies á que se aplica y divulsor de las membranas. Finalmente, si el parto no progresa, ni cesa la hemorragia, practica la decolacion de la placenta en toda la zona cervical, siguiendo la teoría de que basta esto para dominar la hemorragia, y queda aun, en la mayoría de casos, bastante porcion de aquella implantada para responder á las necesidades del feto. Para esto introduce la mano en la vagina, y el dedo índice en el cuello uterino. Este dedo, pasando entre la placenta y el útero, produce la desimplantacion en un radio que marca precisamente la extension de la zona cervical. Despues de esto suele suspenderse la hemorragia, y activarse las contracciones; si no sucede así, aplica sus dilatadores para ensanchar la abertura cervical, y si el parto no termina entonces rápidamente, extrae el feto por medio de la version (Método bipolar).

Tal es, resumida rápidamente, la série de medios propuestos para oponerse á la grave distocia de que nos ocupamos, y que á pesar de su divergencia, convienen sin embargo todos, en ser procedimientos de accion: unánimemente se ha creído necesaria la intervencion, como medio de salvar la vida de la madre y del hijo.

Nuestro criterio lo formularemos muy sucintamente.

El método que consiste en el *parto forzado*, y el de arranque total y prévio de la placenta, no podemos admitirlos como procedimientos ordinarios; solo como medio fatal y necesario para salvar la vida de la madre, seria aplicable en casos excepcionales. Entre los demás, la eleccion depende indudablemente de las circunstancias, y adaptaremos nuestra resolucion á los siguientes principios:

1.º Si la hemorragia no es abundante, la mujer tiene fuerzas suficientes, y el parto se determina con energia, en una buena presentacion, podemos estar en espectacion, y fiar en las solas fuerzas de la naturaleza la terminacion de la distocia.

2.º Si la hemorragia es alarmante, y no ha empezado el período de verdadera dilatacion, hacemos inmediatamente el taponamiento, todo lo eficaz que se pueda, siguiendo el procedimiento de Depaul, y terminando artificialmente el parto, en cuanto lo permita la dilatacion del cuello.

3.º Si despues de practicado lo anterior, ni se determinan las contracciones, ni cesa la hemorragia, emplearemos el procedimiento de Barnes, por el mismo órden que este Profesor lo propone; puncion de las membranas, decolacion parcial de la placenta, dilatacion mecánica del cuello y extraccion del feto.

4.º En todo caso haremos la extraccion de la placenta inmediatamente despues de la del feto, y ayudaremos á la accion de las contracciones uterinas por los medios ecbólicos prudentemente usados, no descuidando jamás el sostener las fuerzas de la paciente por medio de la alimentacion oportuna, el vino, los antiespasmódicos, los tónicos, etc., en la seguridad de que ha de contribuir esto al buen éxito de los procedimientos prácticos (1).

(1) Para mayores detalles acerca cuanto se refiere á las inserciones viciosas de la placenta, consúltese: BARNES, *Lecons sur les operations obstetricales, et le traitement des hemorrhagies*, traduccion de A. E. CORDES.—SIMPSON, *clinique obstetricale et gynecologique*, traduccion de CHAUTREUIL—CHIARI.—BRAUN ET SPAETH *Klinik der Geb.*—HECKER, *Klinik der Geb.*—ESHLEMAN, *De l'insercion vicieuse de placenta.*—R. DAVIS. *On the treatment of placenta prævia, etc.*

3.—HEMORRAGIAS DEL ALUMBRAMIENTO.—**A. Por expulsión viciosa de la placenta.**—La distocia hemorrágica no solamente se presenta complicando la gestación y el parto en sus primeros periodos, sino también en el de alumbramiento. Aquí puede depender de dos causas distintas: de una manera anómala de verificarse la expulsión de la placenta (*hemor. por causa mecánica*), y de un estado de inercia uterina (*hemor. por causa dinámica*).

En el primer caso puede el vicio consistir en una aberración del primer tiempo, *la desimplantación*, ó en un procedimiento anormal del segundo, *la expulsión*. Lo regular es que la placenta se desimplante bajo la acción de las contracciones uterinas durante la expulsión del feto; en particular después de salida la cabeza de este, queda ya bastante reducido el útero, para que no sea posible su adhesión á la superficie placentaria. Pero en casos especiales, en vez de suceder esto, sigue la placenta adherida en todo ó en parte después de la expulsión del feto. Si la adhesión es total, no se presenta hemorragia, pues la placenta sigue cubriendo los senos; si empero es parcial, es decir, que una parte de ella ha sufrido ya la desimplantación, mientras el resto sigue unido á la matriz, entonces la presencia de la masa placentaria impide la contracción efectiva del tejido uterino, la zona de implantación está en parte rasgada y abiertos los senos, y la hemorragia se produce, en algunas ocasiones con bastante intensidad para ser alarmante. Esto, sobre todo, tiene lugar cuando la placenta corresponde á regiones uterinas distintas, como por ejemplo parte á la zona superior, y parte á la intermedia (Véase pág. 592) ó bien parte á esta y el resto á la zona cervical, por efecto de la distinta manera que tienen de contraerse cada una de esas regiones. Esta resistencia á la desimplantación es á veces debida solamente á una falta de acción en el útero, pero más comunmente reconoce por causa alteraciones propias del tejido placentario ó de la mucosa uterina. La más frecuente es la presencia de exudados plásticos más ó menos organizados entre las dos superficies, que á beneficio de esto se mantienen unidas á pesar de la contracción. Unos autores atribuyen su formación á un proceso flogístico desarrollado durante la gestación; otros á una simple exudación fibrinosa. Sea de esto lo que se quiera, la verdad es que á causa de ello se resiste á la operación natural y á las tracciones ordinarias que pueden ejercerse sobre el cordón.