

PARTO PREMATURO.—El parto prematuro es el que se verifica antes del término normal de la gestacion, pero despues que el feto tiene ya condiciones de viabilidad. Esta es la diferencia que distingue el parto prematuro del aborto, diferencia notable que sirve de base del criterio en importantes cuestiones prácticas. No es lo mismo que el feto, aunque falto de desarrollo, nazca viable, que el que salga sin condiciones para poder vivir, aunque tal vez goce de vida en el momento de abandonar el claustro materno. La existencia del hijo no viene seguramente amenazada en el parto prematuro, aun cuando corra los riesgos que siempre lleva consigo una aberracion de la leyes fisiológicas; al paso que en el aborto es siempre segura su muerte, puesto que su desarrollo imperfecto no es aun bastante para funcionar independientemente. La época de la viabilidad absoluta no es fácil fijarla, puesto que los procesos de organizacion del feto se hacen progresiva y gradualmente, y no puede admitirse que exista un *momento matemático*, en el cual empieza á ser viable. En la imposibilidad de llegar á este resultado, se ha fijado la época aproximada, teniendo en cuenta el tiempo en que se completan los órganos del feto, y son capaces de funcionar libremente; esta época es la de los seis meses, ó 180 dias. Esta época, sin embargo, la podemos llamar de *viabilidad teórica*; la viabilidad práctica es bastante posterior, siendo pocos los nacidos antes de los 210 dias, que puedan resistir la influencia de los agentes exteriores. La vida está tanto más asegurada, cuanto más el parto se aproxima á la época normal; vice-versa, las garantías para el feto disminuyen cuanto más prematuramente se verifique. Esto es tambien aplicable á la madre, en quien los peligros hijos de esta distocia, no son grandes, pero deben tenerse en consideracion. Cuando el parto se realiza despues de los siete meses, no se distingue del parto natural, sino es por dos circunstancias contrapuestas; una mayor duracion del período de dilatacion, y una mayor rapidez del de expulsion; las condiciones anatómicas del aparato expulsor, y el incompleto desarrollo del organismo fetal, explican estos hechos. Antes de los siete meses, no se diferencia del aborto, mas que en la circunstancia de tener el feto algunas condiciones de viabilidad, y decimos algunas, porque como hemos indicado antes, la perfecta viabilidad no aparece hasta el decurso del séptimo mes.

El mecanismo por el que se realiza el parto prematuro, es el del parto normal, y el del aborto, como luego veremos; es decir,

que el cuello es dilatado, y el feto expulsado por las contracciones uterinas. Como más adelante tendremos que ocuparnos del parto prematuro *provocado*, como operacion obstétrica, solo diremos aquí, que se funda en lo que acabamos de exponer, y muy especialmente en la condicion de viabilidad del feto, la doctrina de aquella operacion.

Las causas que motivan el parto prematuro *espontáneo*, son las mismas del aborto, y á este nos referimos, puesto que deberán ocuparnos extensamente en el artículo siguiente. Nos encontramos, pues, en pleno terreno patológico, puesto que á causas patológicas ó traumáticas se debe casi siempre el aborto. Y esto debe tenerse sobre todo en cuenta porque en la etiología se encuentra el valor de esta distocia, que considerada en el hecho aislado, fuera muy poco importante, siendo en la mayoría de casos feliz el resultado para los dos factores del parto, pero que pueden, sin embargo, correr graves peligros bajo la accion de las causas que han provocado prematuramente la expulsion.

Debe considerarse, pues, el artículo referente á la etiología del aborto, como aplicable en parte (y ya lo haremos notar) al parto prematuro.

II.

Aborto.—Mecanismo.—Síntomas.—Diagnóstico y pronóstico.—Etiología del aborto.
—Tratamiento.

Aborto es la expulsion del producto de la concepcion antes de la época de su viabilidad. Se le ha distinguido en *natural* y *accidental*, dando la primera calificacion al aborto que acaece bajo la accion de causas oscuras ó latentes inherentes al organismo, y la segunda al que es ocasionado por una causa evidente, física ú orgánica, perfectamente apreciable. En ambos casos es un *hecho patológico*. No así cuando es *provocado*, ya sea por un fin científico y por lo tanto por medio de procedimientos previstos por el arte, en cuyo caso es una *operacion quirúrgica*, ya por una mira criminal y por medios violentos, en cuyo caso entra ordinariamente en la categoría de los traumatismos graves.

Dividese tambien el aborto en *ovular*, *embrionario* y *fetal*, ó aborto del gérmen, del embrion y del feto. El primero es el que tiene lugar durante el primer mes de la gestacion, y por él es

expelido únicamente el óvulo en incompleto desarrollo de sus evoluciones: el segundo tiene lugar durante el segundo y tercer mes, en cuya época el producto de la concepcion formado ya por diferentes órganos, tiene formas concretas que constituyen el embrion; finalmente, se llama fetal, despues de los tres meses, en los que, como queda consignado en embriología, se encuentra muy adelantada la organizacion del nuevo sér. La dificultad de fijar bien esas épocas ha hecho que muchos autores prefieran á aquellas denominaciones, las de aborto de un mes, de dos, de tres, etc. Esto es indiferente, si bien la division primera se funda en un hecho de los de la historia del aborto bastante caracteristico y constante, y es la manera distinta de producirse la expulsion en cada uno de los tres períodos citados. En efecto, mientras no pasen tres ó cuatro semanas de la gestacion, se verifica el fenómeno sin casi notarse; apenas se observa otra cosa mas que la hemorragia acompañada de algun dolor; el óvulo se deshace en la sangre, y como no está formada la placenta, ni aproximadas las caducas, solo hay desprendimiento de colgajitos de las membranas en formacion y de la caduca refleja, que apenas pueden distinguirse entre los coágulos sanguíneos. Únicamente en los pocos casos en que, ya formado el amnios, es expulsado el huevo entero desprendido de la caduca en forma de una vesícula trasparente y vellosa, del tamaño de una avellana, se puede reconocer bien el producto eliminado; mas esto solo sucede despues de los veinte días, es decir, cuando vá ya tomando forma el embrion. Durante el segundo período, es decir, el segundo y tercer mes, el huevo es expulsado integro; la densidad de las membranas es grande, y las adherencias de la superficie placentaria, aunque muchas, poco sólidas, por lo cual el huevo en masa es movido por las contracciones uterinas, ceden fácilmente las adherencias y en conjunto atraviesan el conducto cervical, pudiendo luego apreciarse en el producto expulsado la superficie de la caduca distinta del círculo ó segmento de insercion placentaria. Si por acaso se rompe, ya por fuerza de las contracciones, ya por alguna maniobra intempestiva, se divide el amnios, sale el líquido amniótico y con él el embrion perfectamente reconocible por los caracteres que corresponden á su edad. Finalmente, en el tercer caso, despues del tercer mes, es raro que salga entero el huevo; las adherencias de este con el útero son más fuertes, las membranas más distendidas se rompen y el feto es expulsado, de la misma manera que en el parto

prematureo y el parto á término, seguido más ó menos pronto por la placenta y las membranas.

El mecanismo del aborto, es exactamente el del parto; cualquiera que sea la causa que lo provoque, el resultado de su accion es ponerse en juego la contractilidad uterina; esta dilata el cuello, desprende el huevo, y luego, íntegro ó dividido, es expulsado como se expulsa el feto completamente desarrollado. El aborto es, segun expresion de Jacquemin, un *parto ovular*, y á este mismo propósito decia P. Dubois, que la mujer que aborta *parè una placenta*, puesto que esta es en el aborto la parte más notable y aquella cuya expulsion realmente preocupa, con preferencia al embrion mismo. Los fenómenos macánicos de la expulsion no son exactamente los mismos que los del parto, sobre todo en los dos primeros periodos. Como el feto no guarda relacion en sus dimensiones con las del conducto que debe recorrer, como esto puede hacerlo sin encontrar obstáculos á su marcha, de aquí que los *tiempos* del parto no se realicen, y la expulsion se haga directamente de la cavidad del útero al exterior, adaptándose perfectamente el feto, ó el huevo, si este no se ha dividido, á las proporciones de las partes que atraviesa. En cuanto á los fenómenos fisiológicos no difieren mas que en algunos detalles. Ya hemos dicho que la causa eficiente eran las contracciones uterinas, pero esas contracciones se presentan con más energia y tal vez con más regularidad que en el parto á término, dependiendo esto de que el cuello está en pocas condiciones para ser dilatado, le falta el reblandecimiento, y se ha de extender la dilatacion, no á un simple anillo como cuando esto sucede á su tiempo debido, sino á un conducto denso y consistente. Además en el parto las contracciones producen primero la dilatacion, luego la expulsion del feto y seguidamente la decolacion y la expulsion de la placenta; en el aborto empieza por esta, y el primer resultado de las contracciones es el desprendimiento del huevo, si no es que este fenómeno les precedió como primer efecto de la causa intrínseca y eficiente del aborto. De aquí las pérdidas sanguíneas precoces, persistentes y que se resisten á los medios hemostáticos más enérgicos, puesto que están subordinados á un hecho mecánico, como es la rasgadura de los senos por la desimplantacion violenta de la placenta.

SINTOMAS Y CURSO DEL ABORTO.—Los fenómenos extrínsecos, visibles, ó *sintomas* del aborto son: *la hemorragia, las contrac-*

ciones uterinas dolorosas, el *reblandecimiento* y *dilatacion* del *cuello uterino*, y la *expulsion en masa ó á pedazos del producto de la concepcion*. La sucesion de estos fenómenos, la manera de presentarse y de desarrollarse, la persistencia y la duracion de los mismos dependen principalmente de la manera como se producen los fenómenos intrínsecos ó causales del aborto. La desimplantacion del huevo, ya efecto de una especie de decolacion verificada por una hemorragia útero-placentaria prévia, ya por contracciones uterinas espontáneas, puede preceder á la muerte del feto; ó bien este fenómeno, debido á un estado patológico, puede ser la causa de los demás, y segun esta circunstancia cambiará la manera de presentarse los síntomas. Para mejor conocer el valor de estos, veamos antes rápidamente de qué modos se realiza el aborto en su mecanismo íntimo.

1.º Puede realizarse una hemorragia procedente de los senos uterinos, motivada, ya por una tenuidad especial de sus tónicas, ya por un estado congestivo que las dilata en demasia y al fin las rompe. Esta hemorragia cuando es poco intensa, lo cual supone poca extension de vasos comprometidos, no implica otra consecuencia, sobre todo si la sangre sale al exterior; pero si es abundante, ó bien permanece encerrada entre la superficie placentaria y la mucosa útero-placentaria, se convierte en cuerpo extraño que, iniciándose entre ambas superficies, produce su decolacion lenta, concluyendo por la completa desimplantacion.

2.º La contractilidad del útero es excitada por una causa, que suele ser ordinariamente orgánica. Sucede en este caso lo mismo que al iniciarse el parto natural á término; la fuerza expulsiva propia vá desplegándose y se realiza la expulsion despues que las contracciones uterinas han poco á poco desprendido las inserciones ó adherencias placentarias.

3.º El feto ó el embrión muere. Convertido entonces en cuerpo extraño y cambiando completamente el órden de las influencias, determina la accion excito-motriz del útero, y las contracciones, como en el caso precedente, verifican la expulsion; pero no de una manera primitiva ó esencial, sino consecutiva.

Los dos primeros casos no suponen irrevocablemente la terminacion del aborto, es decir, que contenido el fenómeno inicial, puede la gestacion seguir adelante. El tercero, hace inevitable la expulsion, ó una degeneracion del producto, y por lo tanto pone término absoluto á la gestacion.

Estas tres maneras intrínsecas de desarrollarse el aborto,

afectan ya diferencias en los fenómenos *prodrómicos*. Es cierto que no siempre existen esos prodromos del aborto, y que se dan casos, en que en medio de la salud más completa, sin que fenómeno alguno haga sospechar una brusca interrupcion del embarazo, viene la hemorragia, rápidamente seguida de la expulsion del producto. Pero otras veces, quizás las más, existen prodromos, gracias á los cuales puédesse á tiempo obrar de suerte que se impida la realizacion del aborto. Estos fenómenos son desórdenes más ó menos graduados de parte de la circulacion, del aparato digestivo y de la inervacion, y como fenómenos más localizados una sensacion de fatiga y presion en la region lumbar y la hipogástrica, tension y peso que se refieren al fondo de la pélvis y se irradian al cuello de la vejiga y al recto, dolores vagos, que progresivamente se exasperan, y aumento en la secrecion normal de las mucosas útero-cervical y vaginal.

En la primera forma de las que hemos mentado predominan los síntomas de congestion uterina, caracterizándose por peso, y dolor sordo y profundo en la region pélvica, que se exacerba en la estacion de pié, y con los esfuerzos de defecacion. Generalmente se acompaña este de plenitud de pulso, calor continuo ó á ráfagas. Esto precede á la primera hemorragia, que puede ser muy insignificante, y persistir muchos dias sin llegar á determinar completamente la expulsion. Lo regular es que se presente ese conjunto de hechos en la época que corresponde á la menstruacion, y si acaso empezaron antes, se exasperen cuando aquella llega, y es entonces cuando más riesgo hay de que se formalice del todo el aborto, precisamente porque el estado congestivo del útero se aumenta por el mólimen congestivo menstrual que tan á menudo persiste durante los primeros meses de la gestacion.

En la segunda forma, afectan otro carácter los fenómenos prodrómicos. Lo primero que aparece siempre es un dolor lumbohipogástrico de forma neurálgica que se irradia al útero, y se dispierta con la facilidad más asombrosa al más lijero movimiento. Cuando el útero se ha desarrollado lo bastante para hacerse accesible por encima del púbis, se puede comprobar su fondo endurecido y como tenso, es decir, en un estado de tonicidad, que es el primer paso para una contraccion activa. Los fenómenos generales, lejos de afectar el carácter congestivo, se reducen á malestar, algunos escalofrios pasajeros y movimientos espasmódicos en los miembros. Este estado, mientras no llega á

constituirse en contraccion regular é intermitente, no tiene accion bastante ni sobre el cuello, ni sobre las inserciones placentarias, por lo cual es posible, como en la forma anterior, verla prolongarse sin formalizar el aborto.

En la tercera forma, cuando la muerte del embrion es el primer hecho, y bajo su influencia se va á desarrollar el aborto, pueden ser sumamente oscuros los fenómenos prodrómicos, y muy difícil apreciar la amenaza de lo que va irremisiblemente á suceder. Cuando la mujer es delicada y su temperamento algo nervioso, se aprecian esos detalles vagos en sí, pero cuyo conjunto puede tener notable significacion, la palidez del semblante, las ojeras y laxitud de las miradas, debilidad, náuseas, inapetencias, enfriamiento de las extremidades, escalofrios repetidos, sensacion de peso en la pélvis y en la region lumbar. Si entonces es posible examinar la region vaginal, se puede reconocer el cuello en via de reblandecimiento, algo entreabiertos sus orificios y la salida por ellos de un humor sero-sanguinolento. Cuando despues de estos fenómenos, que pueden prolongarse bastante, viene la expulsion decisiva, la marcha suele ser regular y rápida, sin que sean notables la hemorragia, ni la intensidad del dolor. La muerte del feto en estos casos solo puede estimarse con exactitud, cuando habia llegado ya á la época en que son apreciables sus movimientos y los latidos del corazon; puede sin embargo sospecharse por el desarrollo de los fenómenos patológicos que hemos mencionado, algunos de los cuales deben atribuirse á la muerte del feto, y además por la desaparicion rápida de los fenómenos propios del embarazo, como la tumefaccion de las mamas, las aberraciones de los sentidos, etc., en cuyo caso es muy posible que el bienestar relativo, y la desaparicion de las muchas molestias que sufría la mujer, sean el sintoma más significativo de la muerte del feto, y de consiguiente el signo prodrómico más importante del aborto.

En el aborto accidental, entre el tumulto de sintomas graves que produce un traumatismo, ó en medio del conjunto sindrómico de una enfermedad interesante, es imposible apreciar el período prodrómico.

Los sintomas ya efectivos del aborto confirmado, pueden estudiarse tambien en las tres diferentes formas mencionadas. En la primera forma, es la *hemorragia* el sintoma capital; como fenómeno constante en toda clase de abortos, y el más peligroso, y en este caso particular, por ser el que primero se presenta en el

orden de funcion. *La hemorragia primitiva*, que es la característica en la primera forma del aborto, suele iniciarse por un dolor limitado á un punto del útero, á los lomos ó á la region sacra, coincidiendo con un aumento de la sensacion de malestar que ya venia resintiendo la paciente. Casi inmediatamente empieza á salir sangre, que á veces calma el dolor y aun puede que aquel desaparezca. En ocasiones, la hemorragia externa, pura y simple, sin ir precedida ni acompañada de dolor ninguno, es lo único que durante algun tiempo caracteriza el aborto. Cuando la fluxion uterina es muy marcada, ó bien es provocado el aborto por una violencia, la sangre sale desde el principio en abundancia, de una manera continua, ó lijaramente interrumpida por cortos intérvalos de suspension. Al reaparecer despues de estos la sangre sale más colorada, y arrastrando coágulos, carácter que se ha querido hacer exclusivo de la hemorragia abortiva. Ya en este estado, se han ido desarrollando los dolores expulsivos, fuertes y con carácter intermitente; cada dolor es acompañado de la salida de una oleada de sangre, con ó sin coágulos, el cuello se vá reblandeciendo y dilatando, y fenómenos generales, entre los cuales predominan el decaimiento y debilidad del pulso, los sudores y tal vez las lipotimias. Ya formalizado entonces el aborto, la duracion de estos fenómenos y terminacion por la expulsion definitiva del feto, ó del huevo entero, depende de la misma intensidad con que se desarrollan las contracciones. Puede ser cuestion de muy pocas horas, en los casos agudos; puede en cambio prolongarse durante algunos dias, cuando es poco enérgica la actividad de los fenómenos desarrollados.

Quando el aborto viene caracterizado ó promovido primitivamente por la excitacion directa de la contractilidad uterina, ó bien por la muerte del feto, en ambos casos no es la hemorragia el primer fenómeno apreciable, y aun es comun ver que no se presenta hasta el momento mismo de la expulsion del huevo. En un principio no hay más que un pequeño flujo sero-sanguinolento que no merece el nombre de hemorragia. Las contracciones inician entonces el trabajo; débiles, casi insensibles en un principio, ván poco á poco creciendo en la misma progresion que vemos acontece en el parto á tiempo; realizan como en este la dilatacion del cuello, primero por una especie de tension que entreabre sus orificios, y sucesivamente se realiza su distension gradual. Han de tenerse en cuenta las condiciones del cuello en la época en que se realiza el aborto: lejos de estar reblandecido,

acortado, como sucede en la época del parto normal, ahora se encuentra íntegro, duro en toda su extension; se necesita por lo tanto, una cantidad mayor de fuerza para producir un grado de dilatacion capaz de dar paso á los cuerpos que han de atravesarlo. Por esto se comprende que este período sea largo, y los dolores intensos, sin embargo de no llegar nunca al grado de dilatacion que alcanza en los partos á término. A medida que el cuello se reblandece se acorta, y los orificios tienden á aproximarse y confundirse como en el parto á término; si el aborto es de muy poco tiempo, el huevo que tiende desde el principio á iniciarse en el orificio interno, penetra en él al llegar á cierto grado de dilatacion, é impulsado por las contracciones uterinas, atraviesa todo el trayecto que forma un conducto cilindrico. Si empero el aborto se realiza despues del cuarto mes, es muy frecuente ver que la desaparicion del cuello es completa como en el parto á término, queda solo el orificio externo, y al través del mismo dilatado cuanto es conveniente, se forma la bolsa de las aguas, y salen sucesivamente el feto y la placenta, como si se tratara de un parto á término completamente normal. La hemorragia que acompaña á estas contracciones es siempre abundante, pero más en los abortos del tercero, cuarto y quinto mes, que en los precoces y tardios, porque la contraccion no solo produce la dilatacion del cuello, y la expulsion del huevo, sino la desinsercion de este, y sabido es que en la época que acabamos de citar, las uniones entre la placenta y el útero ocupan una gran extension y son bastante íntimas, y el desarrollo vascular muy grande. Durante los dos primeros meses, la union es floja, la zona vascular pequeña, y en el sexto mes, si bien las condiciones son parecidas á las del mes anterior, como el feto es ya voluminoso, y las membranas delgadas, se rompen estas bajo la influencia de la contraccion, y la misma tension de la matriz obrando sobre la túnica muscular media del útero, contribuye á hacer menos grave la hemorragia, y en los casos en que empieza por solas contracciones uterinas, como en los que el feto pereció prematuramente, se reduce á muy cortas proporciones y sale al final de la expulsion.

Si nos referimos al hecho particular de la expulsion, como terminacion definitiva del aborto, encontraremos tambien algunas variedades en la manera de realizarse. 1.º Puede el huevo ser expulsado íntegro, ya porque su desimplantacion ha precedido á los esfuerzos de expulsion, ya porque, comparada con estos la resistencia de las membranas, es suficiente para no

ceder á las tracciones al tiempo de ser arrancado de su insercion. 2.º Puede ser el huevo desimplantado en totalidad, ó en gran parte y encajado así en el cuello dilatado. En este estado se rompe, el contenido es expelido, pero el trabajo no se interrumpe gracias á la presencia de los restos del huevo en el cuello, y á beneficio de nuevas contracciones se completa la decolacion, y es impelido á la vagina y de aquí al exterior, á menos que artificialmente se haya hecho la extraccion despues de la salida del embrion. 3.º Puede suceder que, estando aun perfectamente implantado el huevo, se rompa, á consecuencia de esto se derrame el líquido amniótico y sale el embrion ó el feto. Mas despues de esto cesan las contracciones y la hemorragia, el cuello reviene á su estado normal, y todo parece concluido, hasta el punto de que la mujer vuelva á sus ocupaciones ordinarias, pero de pronto aparecen nuevos dolores y nueva hemorragia, se dilata otra vez el cuello y se expele una porcion de placenta y membranas, cuyo estado de integridad prueba que no han sufrido la más mínima descomposicion pútrida. Si con esta segunda expulsion no han salido todos los restos de las membranas, sucede á ella un período de reposo, seguido á su vez de nueva expulsion de residuos, pero ya esta vez de ordinario presentan señales de una descomposicion orgánica. Esta manera de terminar el aborto, que puede prolongarse mucho, segun la resistencia en desprenderse el contenido del útero, es la que puede complicarse con fenómenos de absorcion pútrida.

De ordinario, en todas las formas del aborto, sobre todo cuando es adelantado, se presentan algunos síntomas de reaccion láctea, poco intensos y sin consecuencia.

Cuando el aborto no se completa, se quedan por lo regular reducidos los fenómenos á los prodrómicos. Es posible, tambien, que existiendo ya la hemorragia y las contracciones, se consiga suspender este trabajo, y esto sucede sobre todo en los casos en que la causa efectiva es simplemente la excitacion de la accion éxito-motriz del útero. Aun así, la suspension del trabajo, y continuacion del embarazo hasta su término natural, solo es posible cuando la desinsercion de la placenta ha sido poco extensa, y la dilatacion del cuello poco notable. Algunos autores citan casos de suspension del trabajo, estando ya del todo dilatado el cuello, é iniciadas las membranas en su orificio, habiendo visto subseguir á la suspension de las contracciones movimientos inversos de oclusion y condensacion del cuello y de sus orificios, á cuyo

fenómeno han denominado *retrocesion del trabajo*. Estos hechos son raros, y los mejor comprobados se refieren á partos prematuros, más bien que á abortos, teniendo aquellos mejores condiciones para la suspension de la marcha y reorganizacion de los tejidos modificados, en razon á no verificarse la desimplantacion hasta despues de la expulsion del feto.

EL DIAGNÓSTICO del aborto, no siempre es fácil, aun cuando lo constituyen hechos muy definidos y evidentes. Así en las primeras semanas no se distingue el aborto de una dismenorrea con retencion, y solo se puede fijar algo el juicio teniendo certeza de que existia el embarazo, y comprobando luego la presencia del huevo entre los coágulos desprendidos, cosa sumamente difícil, pues esta no se aprecia bien hasta que tiene el volúmen de una cereza; es decir, despues de la cuarta semana. Antes de este tiempo se deshace en la sangre que le acompaña. El ir los dolores y la hemorragia acompañados de la expulsion de coágulos no es suficiente carácter, porque se presentan estos en algunas formas de dismenorrea. Hay que tener en cuenta todos los detalles anteriores y presentes para poder formular un diagnóstico preciso, y recordar que en las mujeres mal regladas y dismenorreicas, apenas cabe distincion entre los fenómenos de su menstruacion retardada y los de un aborto.

Más adelante, en la época en que el embrion está ya formado, es más posible formular un diagnóstico. La manera como empieza la hemorragia, el carácter intermitente y progresivo de los dolores, el aumentar con estos la sangre desprendida, el reblandecimiento ascendente del cuello uterino, y el estado general, unido á la seguridad que dan de que existia el embarazo los signos subjetivos de este, hacen fácil el diagnóstico del aborto en su principio, y si llega á terminar, la expulsion del huevo, la del embrion perfectamente reconocible en medio de los demás elementos en que sale envuelto, los colgajos de membranas, etc., constituyen datos físicos irrecusables, que caracterizan perfectamente el parto abortivo.

Durante el curso del embarazo aparecen hemorragias irregulares, que podrian tomarse por principio de aborto. Estas hemorragias, distintas de la aparicion regular del flujo menstrual que algunas veces se observa, constituyen un fenómeno especial enlazado con la organizacion de la caduca en los primeros tiempos de la gestacion, ó con estados conyectivos pasajeros, cuando

esta se halla más adelantada, y por lo general no provocan el aborto. Se distinguen de este por su exigüidad y por no ir acompañadas de dolores expulsivos. Por lo demás, cualquiera que sea la manera de verificarse la expulsión en los últimos meses que comprende el aborto, se parece este demasiado al parto, para que el que conoce bien cómo este se realiza, dude en formular un diagnóstico preciso.

El huevo abortivo, cuando el embrión ha muerto mucho antes de su expulsión, presenta algunos detalles anátomo-patológicos que mencionaremos rápidamente. 1.º Puede el huevo no contener más que líquido, habiendo desaparecido los pequeños lineamientos que diseñaban el embrión. 2.º Puede el líquido contener el embrión ó el feto *macerado*, una especie de desorganización progresiva por la acción de los líquidos, impropriamente llamada *putrefacción*. 3.º Puede encontrarse *momificado*, palabra impropia también, porque la transformación que entonces ha sufrido el embrión es una degeneración grasosa, seguida de una desecación incompleta. En todos estos casos, las membranas han permanecido íntegras á pesar de la muerte del feto, y por lo regular la madre no sufre por la presencia de aquellos hechos, más bien se encuentra aliviada de las incomodidades que antes tuviese. Cuando sobreviene la expulsión, se hace por el mismo mecanismo que en los demás abortos.

Puede el huevo sufrir en totalidad varias transformaciones, ya en *mole carnosa*, por la organización de la sangre desprendida, de la placenta, y de las membranas: en *molos hidatídicos*, en *quistes serosos*, formados por el amnios excesivamente desarrollado, constituyendo una variedad de la *hidrómetra*. Todos estos productos patológicos se desprenden más ó menos tiempo después de la muerte del embrión, unas veces siendo expelidos en masa, otras abriéndose previamente. Por lo regular no es la hemorragia tan intensa como en el aborto primitivo.

La exfoliación de la mucosa uterina, sobrevinida algún tiempo después del aborto, es otro de los fenómenos, aunque raro, notable de la historia que nos ocupa. Viene á representar como un segundo aborto placentario consecutivo, que hace creer á veces en un aborto real. La retención de esta mucosa exfoliada hasta su completa expulsión, puede dar lugar á fenómenos graves, porque, desimplantada en parte y no siendo completamente expelida, se descompone, y se presentan síntomas de infección pútrida, suficientes para obligar muchas veces á un tratamiento.

activo de esta complicacion. Una vez la expulsion terminada, los fenómenos patológicos desaparecen, y se restituyen las partes á su estado normal.

EL PRONÓSTICO del aborto, áparte la gravedad que puede resultar de la causa que lo provoca, se debe hacer relativo á la cantidad y persistencia de la hemorragia, á los peligros que pueden resultar de una retencion de todo ó parte de las membranas, y á las complicaciones consecutivas graves, que son comunes con las que pueden sobrevenir en el parto á término, y tienen igual significacion. El aborto espontáneo de los primeros meses, ligado comunmente á un estado constitucional de la madre, y el accidental debido á una impresion moral pasajera, se terminan por lo regular rápida y felizmente, á menos que fuese ocasionado por una predisposicion hemorrágica muy marcada. El que viene provocado por una enfermedad intercurrente, ó por un traumatismo, envuelve una gravedad proporcionada á la que representan estas causas. Finalmente, se ha atribuido cierta gravedad al aborto por suponer que por sí solo predispone á otros, estableciendo en la naturaleza una especie de hábito abortivo. Por lo general no es esto exacto, y en la repeticion de abortos sostenida en un mismo individuo, debemos estimar más bien que un simple hábito contraido por la economia, la persistencia no combatida de las causas orgánicas que motivaron el primero.

ETIOLOGÍA DEL ABORTO.—Una parte importantísima de la historia del aborto es el estudio de sus causas, puesto que únicamente combatiéndolas radicalmente es como se puede muchas veces evitar que el aborto se realice, y para combatirlas, es preciso conocer bien su manera de actuar. La division que en general se hace de las causas en predisponentes y determinantes, tiene mala aplicacion á las del aborto, porque casi todas son por sí solas determinantes, aunque vengan obrando por largo tiempo sobre el organismo, y disponiéndolo, digámoslo así, á su terminacion. Las causas del aborto son numerosisimas, y su estudio no es fácil, porque proceden de diversos orígenes; no solo el organismo de la madre es el asiento de fenómenos y de estados que llevan á la interrupcion extemporánea de la gestacion, sino que la causa de esto debe buscarse en el padre y en el mismo producto de la concepcion. No es difícil comprender

la razon de esto. El embrion es el resultado de la combinacion de los dos gérmenes, influyendo lo mismo el masculino que el femenino en la creacion de los caracteres fisicos y morales del nuevo sér, de la misma manera que le comunican las condiciones y disposiciones morbosas. Así se explican las enfermedades hereditarias, y es muy natural que al igual que se comunica una enfermedad que no explota hasta muy adelantada la vida del hijo, puede comunicarse otras que sean desde el momento un obstáculo á la continuacion de la vida embrionaria. El embrion ó el feto mueren, y el aborto es una consecuencia necesaria de esta muerte. Además, así como hemos visto que existen gérmenes estériles, existen otros que pueden influirse y fecundarse, pero dando por resultado una vida efémera, que concluye antes del completo desarrollo del nuevo sér. Que la muerte del feto proceda de la accion lenta de una causa constitucional de la madre ó del padre, ó de una alteracion propia; que sea ocasionada por perturbaciones accidentales fisicas ó morales, ó por la accion particular de enfermedades agudas graves, siempre el resultado es el mismo: accion de la causa perturbadora sobre el feto, ó el embrion; muerte de este; reaccion sobre la matriz que entra en contraccion; expulsion. En los casos en que la causa abortiva, obra primitiva ó directamente sobre el útero, sin interesar el contenido, los fenómenos siguen una progresion inversa: accion de la causa perturbadora sobre el útero; hemorragia; contraccion; desimplantacion del huevo; muerte del feto; expulsion.

Ahora bien; cuánto convenga conocer las causas, que de esta suerte pueden obrar, no hay por qué encarecerlo, puesto que son la base del tratamiento del aborto.

Para estudiarlas metódicamente, las agruparemos segun su procedencia, indicando en cada una de ellas la progresion que siguen los fenómenos provocados, habida cuenta de las dos maneras que, segun acabamos de manifestar, tienen estos de desarrollarse.

1.º *Predisposiciones higiénicas y generales.*—Seria inútil y vago, buscar en las condiciones generales de temperamento, constitucion, hábitos, idiosincrasia, etc., la razon causal de los abortos que de una manera absoluta no pueden estar ligadas con la mayor ó menor facilidad de una mujer para abortar, pero las exajeraciones de cualquiera de estos estados pueden sí explicar el aborto. El exceso de linfangismo llevado hasta la obesidad, nos ha demostrado que cuando no hace estériles á las mujeres,

las dispone al aborto; la razon de este radica en el útero que carece de condiciones aptas de extensibilidad, ó en el gérmen que es vicioso. El exceso de neurosismo, llevado hasta la cloranemia histerálgica, produce iguales resultados, pero pór otro camino, por la facilidad de excitarse la accion excito-motriz del útero. Se ha hablado de los *enlaces consanguíneos*, y de la *herencia*, como causa de aborto: lo primero no está probado, ni remotamente; lo segundo es cierto en muy corta escala. La *edad* tiene una significacion más decidida; la edad precoz y la edad tardía, como una especie de forzamiento de la potencia generadora, responden á él con el aborto. Los *climas*, las *alturas geográficas*, las *condiciones locales de salubridad*, las creemos completamente ajenas á la etiología del aborto, por lo menos de una manera directa.

2.º *Causas patológicas generales, constitucionales ó adquiridas*.—Aquí encontramos ya un gran manantial de causas de aborto, quizás las más frecuentes. Una constitucion viciada por estados morbosos no impide á una mujer concebir, pero ó bien el óvulo, enfermo ya *ab initio*, es incapaz de seguir hasta el fin todas sus evoluciones, ó el organismo materno es incapaz de proporcionar al óvulo fecundado materiales sanos á propósito para su desarrollo. Igual influencia tiene el padre, y puede aplicarse al espermatozoo lo que acabamos de referir al óvulo. Así encontramos entre las primeras causas del aborto á la tisis, tanto del padre, como de la madre; la diátesis escrofulosa, llevada hasta constituir el escrofulismo completo; la sífilis. Respecto á las dos primeras, pueden existir sin llegar á producir fenómenos abortivos, aunque frecuentemente suceda lo contrario; pero no sucede así respecto á la última enfermedad. La sífilis congénita, sea del padre ó de la madre, dá lugar á un embrión sifilitico, y esta enfermedad casi nunca permite al producto de la concepcion pasar más allá de la mitad de su desarrollo. Las observaciones de la mayor parte de fisiólogos, las especialísimas de los sifilógrafos, están contestes en afirmar que el embrión adquiere la sífilis por la concepcion, y la desorganizacion de su economia bajo la influencia de esta diátesis es completa. En los casos en que llega á recorrer toda su vida intra-uterina, nace con señales evidentes de la infeccion y no tarda en ser víctima de esta. La *sífilis adquirida* durante la gestacion puede ser transmitida al feto; tambien entonces es comun la muerte de este y el aborto consecutivo, aunque si el contagio se verificó á una época ya adelantada

del embarazo, puede este concluir sin interrupcion, dando nacimiento á un niño sífilítico. Esta causa lo es á menudo de *parto prematuro*, y es una de las más importantes que constituyen la patología del feto. La *diátesis hemorrágica*, sobre todo cuando exista en una mujer de temperamento sanguíneo, es una de las más ocasionadas á provocar el aborto. En este caso ya no se realiza este por enfermedad del feto, sino por hemorragia primitiva. El *alcoholismo crónico*, causa notable de aborto, reconocida desde antiguos tiempos, obra unas veces creando en los óvulos cualidades iniciales malas; otras produciendo en la matriz cierto estado espasmódico permanente, que se convierte fácilmente en contraccion expulsiva.

3.º *Causas referibles á las funciones y á los estados patológicos del aparato generador.*—Indudablemente figura en primera línea entre las causas efectivas del aborto, el abuso de los actos sexuales. Este hecho, comprobado perfectamente en la práctica médica, ha recibido recientemente una confirmacion deducida de la fisiología comparada. La causa obra como local, provocando el espasmo uterino, que tan fácilmente se vé seguido de contracciones activas. La accion es más poderosa, cuanto menos desarrollo ha adquirido el útero; por esto los abortos relacionados con esta causa se observan en los primeros meses de la gestacion (1). La repeticion periódica de la menstruacion, aunque anómala, algo frecuente en ciertos paises, durante los primeros meses de la gestacion, se explica perfectamente como una causa eficaz del aborto. La matriz se congestiona, rómpense sus vasos y la hemorragia juzga aquella congestion. Si no toma parte en esto mas que la porcion de matriz agena á la formacion de la mucosa útero-placentaria, no tiene influencia ninguna perniciosa, pero si la congestion y hemorragia invaden aquella region, de menstrual se convierte en abortiva, la placenta se desimplanta, y es muy posible que se complete la expulsion.

Existen tres estados anátomo-fisiológicos del útero, que se constituyen fácilmente en causa intrínseca del aborto: la rigidez notable y anormal de sus fibras, que se opone á la dilatacion, al paso que un exceso en la irritabilidad de este órgano provoca fácilmente las contracciones que concluyen en el aborto; un reblandecimiento especial del cuello que lo mantiene entreabierto, y es concomitante ordinariamente de una diátesis linfática muy

(1) Parent Duchatelet.—Dictionnaire encyclopédique des Sciences medicales. —VII, p. 542.

marcada, la falta de tonicidad del órgano dá lugar á las hemorragias y al aborto; finalmente, un defecto de desarrollo que hace todo el útero más pequeño, poco apto para la ampliacion y que dá lugar á una incompleta modificacion de sus vasos, por lo que resulta ineficaz la sanguificacion del feto; tambien suele esta forma ir acompañada de los temperamentos linfático-nerviosos.

En las afecciones crónicas del útero encontramos un manantial abundantísimo de causas de aborto. Figuran en primera línea la metritis catarral crónica, que cuando no imposibilita la fecundacion, determina fácilmente el aborto. La retroversion de la matriz, si no se reduce en el curso del embarazo, produce tambien el aborto, por imposibilidad de ampliarse el útero grávido. Los tumores fibrosos, que algunas veces determinan antes de tiempo las contracciones uterinas, aunque es frecuente ver que no interrumpen la marcha de la gestacion, para convertirse sin embargo en causa grave de distocia al tiempo del parto. Como causa que puede referirse á los estados patológicos del útero, debemos mencionar las cicatrices del cuello resultantes de cauterizaciones, que algunos autores suponen suficientes para determinar la expulsion. La experiencia no confirma esto, como tampoco el que el hecho mismo de la cauterizacion aplicada á una mujer embarazada sea causa suficiente de aquel fenómeno: no puede negarse, sin embargo, que alguna vez puede esta operacion determinar contracciones activas.

4.º *Causas referibles al producto de la concepcion.*—En la manera misma de desarrollarse los fenómenos de trasformacion de la mucosa uterina, vemos á menudo el origen de las hemorragias que pueden acabar por ser abortivas. La coalescencia entre los vasos se verifica mal, de lo cual resultan senos incompletamente cerrados, y como esta depende de cierta falta de actividad en la nutricion del órgano, se acompaña frecuentemente de una falta de condensacion, de una friabilidad del epitelio y de consiguiente de una notable debilidad en los medios de union entre el útero y la placenta. De aquí la hemorragia, que si proviene de vasos correspondientes al limite de la zona placentaria sale al exterior, pero si de los vasos más centricos puede quedarse entre la placenta y el útero, en el espesor del epitelio y separando ambas superficies, lo que dá lugar á esos focos sanguíneos, mal llamados por algunos de *apoplegia placentaria*, que cuando son algo extensos contribuyen eficazmente á la desimplantacion y

por consiguiente al aborto. La insercion viciosa de la placenta en la region cervical, podria ser causa de aborto, ó mejor de parto prematuro por las hemorragias que determina, pero la importancia de estas viciaciones es mayor en otro sentido, y nos ocuparemos de ello en otra parte. Se ha dicho que la preñez múltiple podia ser por sí sola una causa de aborto, como tambien se ha atribuido esto á ciertas deformidades del feto; creo que en ambos casos el aborto, si acaece, no debe tener relacion con estos hechos, sino con otras causas de cualquiera de los órdenes conocidos. Las enfermedades de la placenta son indudablemente casi todas causa de aborto: las inclusiones, degeneraciones adiposas y cartilaginosas, provocan el aborto de dos maneras distintas; unas veces, haciéndose la placenta más ó menos inútil para desempeñar sus funciones, deja el feto de nutrirse y el aborto se determina por muerte prévia del producto de la concepcion; otras veces la falta de elasticidad de un tejido alterado impide su ampliacion, sobrevienen desinserciones parciales, hemorragias y al fin el aborto, ó el parto prematuro. Al lado de estas alteraciones figuran las de las membranas, poco conocidas todas ellas, y sus consecuencias más ó menos manifiestas, como la degeneracion laminosa del corion, y sobre todo la hidropesia del amnios, causa evidente por lo menos del parto prematuro.—Las múltiples enfermedades que puede sufrir el feto, enlazadas ó no con estados patológicos de la madre, representan un número grande de causas de muerte de aquel, y de consiguiente de las más efectivas para terminar el aborto.

5.º *Causas del aborto accidental.*—Las causas que producen de una manera violenta el aborto, y que de consiguiente no podemos referirlas á una accion lenta sobre alguno de los dos organismos, sino á una interrupcion brusca de las relaciones necesarias entre los dos, se reducen á tres grupos: 1.º Violencias físicas. 2.º Impresiones morales. 3.º Enfermedades intercurrentes. En el primer caso encontramos las caidas, sacudidas, golpes, etc., que pueden obrar de tres maneras distintas; unas veces hieren ó lastiman el feto, y este perece; otras solamente producen una conmocion, como en las caidas sobre los piés, traqueteo de un carruaje, etc., y á consecuencia de ello se produce una desimplantacion de placenta más ó menos extensa, seguida de hemorragia, y de los demás sintomas del aborto; finalmente, puede la conmocion fisica producir simplemente una impresion sobre la irritabilidad del útero y determinar su accion éxito-motriz. De

esta última suerte obran los medios que emplea la Ciencia para promover con un fin terapéutico el parto ó el aborto.

Las emociones morales vivas y repentinas, se hacen causa de aborto, excitando tambien la irritabilidad uterina; es otro ejemplo de accion refleja de los fenómenos nerviosos. En algunos casos, sobre todo en los últimos meses de la gestacion, obran las causas morales produciendo primitivamente la muerte del feto (Jacquemier).

Las enfermedades agudas intercurrentes de la madre tienen una influencia fatal sobre el producto de la concepcion, siendo muchas las que ocasionan la muerte de este, sin llegar á tan fatal resultado respecto de la madre. Se encuentran en primera línea las grandes epidemias exóticas; cólera morbo, fiebre amarilla y peste de Levante, mortales siempre para los dos séres. Las epidemias de fiebres biliosas, y hasta las de gripe, producen tambien el aborto.—Las calenturas eruptivas, y entre ellas con especialidad la viruela y la escarlata, son enfermedades abortivas, aun cuando no lleguen á ocasionar la muerte de la madre. Finalmente, entre las enfermedades flogísticas ocupa el primer lugar por la frecuencia con que provoca el aborto la pneumonia.

Todas las causas enumeradas lo son del aborto frecuente; mas no se crea que siempre que aparecen van seguidas de la pérdida irremisible del producto de la concepcion. Muchas veces solo excitan los fenómenos prodrómicos, y algunas ni siquiera esto, pudiéndose comprobar el hecho, de que la existencia en el individuo de alguna de esas predisposiciones generales al aborto que al principio hemos mentado, hace que sean realmente eficaces las causas accidentales, que en otro caso distinto, encuentran indudablemente resistencia en el organismo, y es fácil entonces al arte bien dirigido dominar los primeros accidentes y evitar se complete el aborto.

TRATAMIENTO DEL ABORTO.—El tratamiento del aborto comprende tres distintas indicaciones: 1.º prevenir el aborto; 2.º combatir los síntomas que lo constituyen para detenerlo; 3.º cuando esto ya no es posible, favorecer la accion de la naturaleza para la expulsion.

Sabido cómo se produce el aborto y la sucesion de los fenómenos que lo constituyen, se comprende que podrá tratarse de evitarlo desde lejos siempre y cuando se conozcan las causas que lo motivan, y tengamos medios de combatir las; que cuando los

fenómenos constitutivos, hemorragia y contraccion, son primitivos, podemos combatirlos tambien y tal vez suspender favorablemente el curso del aborto; pero que cuando son constitutivos, y se deben á la muerte prévia del feto, el aborto es irremisible, y entonces lo que cumple es favorecer á la naturaleza para terminar sin peligros el aborto.

Tratamiento profiláctico.—Basado en el conocimiento de las causas, se comprende cuán difícil ha de ser muchas veces establecerlo de una manera racional, toda vez que no siempre podemos remontarnos al origen de la verdadera causa, y así vemos ser ineficaces todos nuestros esfuerzos para evitar que una mujer deje de abortar á cada gestacion. De ordinario existe un temperamento y una constitucion viciados, y á estos debe dirigirse la terapéutica para modificarlos convenientemente. Como las escrófulas y la sífilis, representan indudablemente el primer papel entre las causas, se debe buscar antecedentes en este sentido, y emprender un tratamiento radical con la debida oportunidad. El tratamiento antisifilitico no debe asustarnos, y una vez comprobada la existencia más ó menos anterior del virus, se combate en el padre ó en la madre antes de la gestacion, y ya iniciada esta se sigue el mismo tratamiento en la madre, aunque con menos intensidad y con algunos intervalos de descanso.

Otra causa muy comun de aborto, es la diátesis hemorrágica, la cual se ha aconsejado combatir desde el principio de la gestacion por medio de las sangrias. Algunos autores llegan á proponer que se trate siempre por este medio la hemorragia del aborto, á menos de existir en el organismo de la madre una contraindicacion evidente. Poco amantes de esta terapéutica expoliativa, no podemos admitirla tan en absoluto, ni aun en los casos en que existe la diátesis hemorrágica, si no existen al propio tiempo signos visibles de congestion activa uterina. Muchas veces la citada diátesis acompaña al temperamento linfático y hasta á los estados verdaderamente anémicos y cloro-anémicos; entonces es muy probable que lo que la sostiene, lejos de ser un aflujo mayor de sangre á determinados órganos, es la difluencia de este líquido que le permite escaparse fácilmente de los vasos que la contienen. Sin rechazar pues la sangria para los casos en que existen signos evidentes de congestion uterina y periuterina, en una constitucion fuerte y temperamento sanguíneo y con conatos visibles á la hemorragia sostenida por un exceso de líquido, en los demás aconsejamos con preferencia los revulsivos y difusi-

vos que tienen efecto más seguro. Los mismos encomiadores de la sangría, dicen que debe buscarse en ella más bien el efecto revulsivo que el depletorio; seamos lógicos pues, y busquemos en los verdaderos revulsivos el cumplimiento de la indicación. Los baños y sinapismos en las extremidades superiores, los refrigerantes en el bajo vientre y el reposo en decúbito horizontal, son los medios más realizables. En muchas ocasiones se alcanzará el mejor resultado tratando á la mujer embarazada con los preparados ferruginosos, la higiene y los tónicos en general. El reposo absoluto y prolongado durante muchos meses, ó durante toda la gestación, no tiene aplicación terminante mas que en los casos, no frecuentes, de una irritabilidad extrema del útero, unida á una falta grande de consistencia en los tejidos; aun en estos casos debe esperarse tanto de un tratamiento terapéutico bien dirigido, como del reposo.

La disposición á abortar repetidamente sin causa evidente que lo provoque, la vemos á menudo en mujeres completamente ajenas á afectos constitucionales y á afectos locales que puedan explicar el hecho, en cuyo caso no puede menos que atribuirse á una susceptibilidad especial del útero á responder á las acciones excito-motrices, que directa ó indirectamente pueden hacerse sentir en él. Es comun sin embargo ver en tales casos un predominio del sistema nervioso, caracterizado por la dismenorrea y las neuralgias. Su disposición especial se revela desde el principio de la gestación por espasmos ó cólicos uterinos, dolores lumbo-sacros, etc. El medio preventivo mejor es el que se establece en el intervalo de uno á otro embarazo por medio de los marciales, las aguas ferruginosas, los baños de mar, la hidroterapia bien dirigida, y una perfecta higiene; pero no bastando esto, es preciso aplicar tambien los medios oportunos desde el principio del embarazo, sobre todo cuando se hacen muy insistentes los fenómenos prodrómicos. En este caso se usarán con buen éxito los baños tibios, se mantendrá la libertad de vientre por medio de laxantes suaves, y se usará el calmante por excelencia de las contracciones uterinas, el opio. Es indiferente hasta cierto punto la manera de administrar esta sustancia ó sus preparados, pero por su facilidad, y por el éxito casi constante, aconsejamos administrar el láudano de Sydenham en lavativas. Una pequeña cantidad de liquido emoliente sirve de vehículo á 10, 12 ó 15 gotas de láudano, y este enema se puede repetir más ó menos á menudo segun la intensidad del dolor, en la se-

guridad de que calmará los dolores, sin producir efectos narcóticos generales. Este tratamiento debe continuarse hasta tener seguridad de que ha desaparecido todo peligro, aun cuando las contracciones hubiesen producido ya una lijera hemorragia, que desaparece cuando aquellas cesan.

En el conjunto de todos estos medios armonizados, se encontrarán armas para combatir en la mayoría de casos el aborto inminente, y hasta para modificar en una mujer la disposición orgánica que presenta á abortar.

Tratamiento curativo.—Cuando no ha podido prevenirse el comienzo del aborto, puede aun tentarse de combatir los fenómenos que lo caracterizan y ver si se consigue por este camino evitar la expulsión definitiva del producto. Los síntomas que se presentan entonces son la hemorragia y la contracción, y á ellas debe dirigirse el tratamiento. Desde luego, y como primera indicación que debe cumplirse, es el reposo absoluto en decúbito horizontal, precaución que basta por sí sola muchísimas veces para suspender los fenómenos abortivos. El uso del láudano tal como hemos indicado en la terapéutica profiláctica, unido al reposo, y las bebidas frías hemostáticas, completarán el tratamiento. Si tenemos seguridad de la causa, y esta se halla al alcance de nuestros medios de acción, debemos combatirla, al propio tiempo que se persiste en los medios anteriores. A veces, la hemorragia se hace refractaria á los tratamientos comunes; entonces puede acudir al uso de la ergotina, y mejor aun del cornezuelo de centeno, dado este á la dosis de 0'20 ó 0'25 centigramos, á intervalos más ó menos repetidos, segun la intensidad del síntoma que se combate. Ultimamente puede acudir al taponamiento vaginal, ya por medio de torundas, ya por la pelota de Gariel que es más eficaz. Debe empero tenerse en cuenta que la acción del tapon se extiende á algo más que á cohibir la hemorragia, siendo fácil que provoque las contracciones uterinas y la expulsión; por esto debe reservarse para los casos de hemorragia grave, cuando constituye una indicación vital el cohibirla, entrando ya entonces el taponamiento en la inmediata categoría de medios gáólicos, es decir, de los que tienen por objeto activar la terminación del aborto.

Tratamiento para favorecer la expulsión.—En los casos en que se presume que el feto ha muerto, y de consiguiente es inevitable el aborto, y en aquellos en que es inútil cuanto hagamos para evitarlo, persistiendo á cada momento más grave la hemor-

ragia, deben dirigirse los esfuerzos del arte á ayudar la marcha del trabajo de expulsion, y á combatir las complicaciones. En los abortos de poco tiempo, basta el reposo y los cuidados higiénicos, para que se complete rápidamente la expulsion sin peligro ninguno. Más adelante, las cosas exigen otros medios, y el primero es indudablemente el uso del cornezuelo á dosis elevadas; si no basta para cohibirse la hemorragia, activará las contracciones, y favorecerá la expulsion (1). Cuando la hemorragia persistente provoca tales fenómenos que hace urgente la deplecion rápida del útero, puede usarse sucesivamente el taponamiento vaginal, y luego el taponamiento del cuello. El primer medio es más eficaz en los abortos de poco tiempo: el taponamiento del cuello por medio de la esponja preparada, ó del dilatador de Tarnier ó de Barnes, es aplicable con éxito en los abortos de los últimos meses. Este procedimiento no solo domina instantáneamente la hemorragia, sino que provoca las contracciones uterinas, y la expulsion del huevo, del feto solo, ó de la placenta, si aquel fué expelido antes, no se hace esperar. La puncion de las membranas, produce igual efecto, y está indicada en iguales circunstancias.

Se ha hablado en diferentes sentidos de la extraccion artificial del huevo ó de la placenta para dominar una hemorragia ó desembrazar la cavidad uterina de los restos en descomposicion de su contenido. No somos partidarios de estos procedimientos, que solo en casos muy limitados son de aplicacion ventajosa: la condicion intrínseca para que puedan aplicarse es que esté muy dilatado el cuello, y aun con esto, solo debe maniobrase, cuando ha disminuido mucho la hemorragia, y se halla desimplantada la placenta, estando ya las partes que deben extraerse encima del cuello. En tal caso puede intentarse la extraccion por medio de la mano, es decir, con los dedos indice y medio, suficientes para la operacion. En cuanto á los instrumentos destinados á esto, deben rechazarse, utilizando á lo más en pocos casos una de las ramas de las pinzas de Levret, ó mejor, la cucharilla de Pajot. Ha de tenerse en cuenta que para desprender las adherencias que pueda tener la placenta, ningun instrumento sustituye con ventaja

(1) Lo que más adelante se dirá sobre el uso del cornezuelo, como medicamento oxiótico, no es aplicable en este caso en que se trata de la expulsion prematura de un huevo cuyo embrión no vive. Así y todo, conviene recordar los diferentes medios de administrar el medicamento, según el efecto que se desea conseguir. (Véase cap. *Terapéutica farmacológica*.)

á los dedos, y para la expulsion de los mismos vale más tambien valerse de los dedos ó fiarlo á la contraccion.

Cuando la permanencia prolongada de restos de las membranas en el útero, ha provocado fenómenos sépticos debidos á su descomposicion, se facilita la salida, al propio tiempo que se atiende á la infeccion por medio de inyecciones vaginales con líquidos deterrentes y antisépticos; las inyecciones intrauterinas son peligrosas, y caso que el grado elevado de descomposicion las hiciere necesarias, se practicarán con líquidos poco enérgicos, y por medio de sondas de doble corriente.

Los fenómenos que compliquen el aborto, ya sean nerviosos, flogísticos, ó sépticos, se tratarán con sujecion á las reglas de terapéutica aplicables á estos casos. La inflamacion del útero y del peritoneo, no deja de presentarse algunas veces, y entonces debe llamarnos preferentemente la atencion, suspendiendo los medios que hubiéramos empezado á emplear para favorecer el aborto.

Como regla general de conducta aplicable á todos los casos de aborto, debemos limitarnos siempre al tratamiento más sencillo, evitando el recurrir para los casos de necesidad á los grandes medios.

CAPÍTULO II.

Aberracion de las leyes de lugar.

I.

Aberraciones absolutas.—1—Vicios de conformacion de la pélvis.—Generalidades.
Clasificacion.

La primera distocia que debemos estudiar, correspondiente al primer grupo de la segunda clase, ó sea á las aberraciones absolutas ó anatómicas de las leyes de lugar, es la viciacion del esqueleto de la pélvis. Alteracion anatómica, y por consiguiente irremediable directamente, constituye una de las más notables partes del estudio de la Obstetricia, tanto por su importancia científica, como por sus aplicaciones prácticas. Y sin embargo de esa importancia, puede asegurarse que este capítulo es muy moderno en la Medicina. Faltos de conocimientos fisiológicos acerca la manera de realizarse el parto, los antiguos dieron muy poca importancia al anillo pélvico que el feto atraviesa. Devenir fué el primero (1720) que reconoció la importancia de las viciaciones pélvicas en la marcha del parto, fundando, por decirlo así, su estudio, que prosiguieron luego Lamotte, Smellie, etc. Sin embargo, la gloria de haber normalizado este estudio y llegado al grado de perfeccion que hoy tiene, se debe á Nœgele, y posteriormente á Michaelis (1851) y Litzman (1861), los cuales no solo han perfeccionado el conocimiento de las diversas variedades de alteracion del esqueleto, sino que han estudiado la influencia que tienen sobre el mecanismo y marcha del parto, creando un estudio completamente nuevo, y haciendo ver la cuestion de las estrecheces pélvicas bajo un punto de vista distinto del de su valor mecánico.

Bajo el punto de vista tocológico se ha entendido siempre por *pélvis viciosa*, aquella que por su conformacion, distinta de lo que previene la anatomía normal, es un obstáculo para la progresion del feto. Despues que se ha comprobado que una mala conformacion de la pélvis, no solo produce distocia por la exigüidad de sus dimensiones, sino que aparte de esto, la produce por alterar el mecanismo normal del parto, diremos mejor que *pélvis viciosa* es aquella que por su conformacion anómala ejerce una influencia perniciosa sobre el feto ó sobre la madre, relativamente á la marcha del parto. Así es que se ha tratado de fijar el grado de estrechez que constituye realmente distocia. En absoluto no es esto posible, porque el obstáculo que la pélvis oponga á la progresion del feto, estará en relacion siempre con el volúmen de este, y ya sabemos que, dentro de ciertos limites, varía mucho dicho volúmen. Por esto se ha convenido por los autores, en partir de la suposicion de que es constante el volúmen de las diferentes regiones fetales, aceptando como tipo las dimensiones medias más comunes de la cabeza del feto (V. pág. 177). Partiendo de aquí, se ha considerado como estrechez obstétrica toda aquella en que el diámetro menor (ántero-posterior) mide menos de 95 milímetros, puesto que esta dimension es la que necesita una cabeza bien conformada para evolucionar bien. Sin embargo, Michaelis ha comprobado que más arriba de 95 milímetros, aunque no existan dificultades, la estrechez es bastante para producir desviaciones en la posicion, características del acortamiento del diámetro conjugado real, por lo cual propone Schröder asimilar estas pélvis más bien á las viciadas que á las normales, puesto que en ellas el parto deja de ser completamente normal.

La frecuencia de las viciaciones pélvicas no es igual en todos los paises. Representando el raquitismo el mayor número de veces la causa de aquellas alteraciones, serán más frecuentes cuanto más abunde esta enfermedad, y por esto seguramente vemos que en Alemania representan las pélvis estrechas de 14 á 20 por 100, y aproximadamente la misma cifra en Bélgica, mucho menor en Francia, en donde solamente se encuentran 1 por 400, y quizás menor aun en España, sobre todo en nuestras provincias del Mediodía, en donde la estrechez es un fenómeno rarísimo. Debe tenerse en cuenta tambien, que aun en los puntos en que más abundan, son muy raras las estrecheces pélvicas extremas, siendo las más las de poca consideracion, y que por lo

tanto producen complicaciones de importancia relativamente menor.

La division más natural que puede hacerse de las viciaciones pélvicas, es la que surge de su manera de modificar el esqueleto, y constituye dos grandes grupos: 1.º La pélvis está disminuida por igual en todas sus dimensiones, constituyendo una *pélvis igualmente ó simplemente estrecha*: (*pelvis æquabiliter seu simpliciter juxto minor.*)—*Pelvis nimis parva* (Deventer.)—*Pélvis viciada por estrechez absoluta* (Velpeau). *Pélvis pequeña sin deformacion* (Dubois). 2.º La pélvis está desigualmente estrechada en alguno de sus diámetros, de modo que la relacion entre estos varía, constituyendo una *pélvis deforme* (pélvis aplanada);—*por estrechez relativa* (Velpeau);—*con deformacion* (Dubois). Estas dos formas generales han sido admitidas por todos los autores, y constituyen el punto de partida de todos los estudios. Pero como sobre este fondo se presentan variedades múltiples, que hacen que las formas de viciacion sean numerosísimas, ha habido precision de buscar otros detalles, y subdividir aquellos grupos primeros en otros para facilitar el estudio. Combinando las divisiones propuestas por varios autores, y añadiendo á los dos primeros grupos un tercero caracterizado por las deformaciones y degeneraciones óseas, hemos trazado la clasificacion siguiente:

VICIOS DE CONFORMACION DE LA PÉLVIS.	1.º grupo (1)	} PELVIS PEQUEÑAS	1.ª En mujeres de talla regular; huesos normales.
	Anomalías de capacidad.		2.ª En las enanas, muy notable la insuficiencia, huesos de forma y consistencia infantil.
	Absoluta (Velpeau). Sin deformacion (Dubois).	} PELVIS GRANDES	Prolongacion de todos los diámetros: parto algo más rápido en el segundo período. Poca importancia.

(1) En mis cuadros sinópticos se encuentran contrapuestos estos dos grupos, figurando este como 2.º, y como primero las estrecheces relativas. He creído más conveniente para el método expositivo colocarlos tal como aquí los presento.

2.^o grupo.**Modificaciones de relacion entre los diámetros.**

Estrechez relativa (Velpéau). Con deformacion de los huesos (Dubois).

ACORTAMIENTO DEL DIAMETRO ANTERO-POSTERIOR.

(4 variedades)

- 1.^a El acortamiento existe solo en el estrecho superior. *Proeminencia del ángulo sacro-vertebral*.—La excavacion y el estrecho inferior normales ó mayores.
- 2.^a Sacro plano ó convexo: acortamiento ántero-posterior de la excavacion; esta es más pequeña.
- 5.^a Proyeccion del ángulo sacro-vertebral: proyeccion de la punta del coxis en el mismo sentido: ambos estrechos acortados: excavacion más grande.
- 4.^a Sífnisis del púbis aplastada ó entrante: acortamiento en los dos estrechos y en la excavacion.

ACORTAMIENTO DE LOS DIAMETROS OBLÍCUIOS.

(5 variedades)

- 1.^a Un solo diámetro acortado: salida de la superficie correspondiente á la cavidad cotiloidea.
- 2.^a Los dos diámetros acortados. Separacion y canal entre los púbis. Estrechez oblícua en el estrecho superior: prolongacion del diámetro ántero-posterior que no puede sin embargo alojar la cabeza del feto.
- 5.^a *Pélvis oblícua oval*.—1.^a forma: sínostose del sacro con el ileon; atrofia de la articulacion (Nægele).—2.^a forma: atrofia del ileon y de la mitad del sacro, sin anquilosis.—5.^a forma: ni atrofia, ni anquilosis, con acortamiento y deformidad de la línea innominada de su lado. (*Luxacion congénita del fémur*.)

ACORTAMIENTO DEL DIAMETRO TRASVERSO.

(5 variedades)

- 1.^a Acortamiento en el estrecho superior: estrecho circular. Excavacion normal; estrecho inferior mayor.
- 2.^a Aproximacion de las tuberosidades ciáticas: estrecho inferior más pequeño.
- 5.^a Falta de desarrollo en un solo lado de la pélvis: columna lumbar excéntrica.

5.^{er} grupo.**Deformaciones y degeneraciones óseas.**

- 1.^a Callos subsecuentes á fracturas.
- 2.^a Luxacion persistente de las vértebras lumbares.
- 5.^a Tumores óseos de todas formas.

Sobre esta clasificacion estudiaremos todos los vicios de conformacion de la pélvis, exponiendo en cada grupo los detalles que caracterizan las variedades con la etiología de las mismas, referible casi siempre á estados constitucionales ó afecciones óseas, anteriores á la época de la gestacion.

2—Anomalías de capacidad de la pélvis, sin deformación.—Pélvis *regularmente* estrechas.—Variedades.

El primer grupo de vicios de conformacion de la pélvis comprende aquellas en que las dimensiones se encuentran todas proporcionalmente reducidas, siendo por lo demás normal la forma que afecte esta parte del esqueleto. Han supuesto algunos que esa pélvis guardaba semejanza con la del hombre, mas este dato es erróneo, y solamente en algunos ejemplares la mayor agudeza del vértice de la arcada subpública, recuerda algo las formas anatómicas del otro sexo: la forma patológica que nos ocupa, es simplemente *una reduccion en menor escala* de la pélvis femenina normal.

Pueden reconocerse dos variedades de esta viciacion. En la 1.^a se parecen exactamente los huesos por su forma, organizacion y textura de los huesos, á los de estado normal, no habiendo más diferencia que la de dimension, y son propios de mujeres pequeñas, ó de talla mediana, delgadas y elegantes. Exteriormente nada indica la alteracion; ni las formas, ni las actitudes, ni los movimientos se distinguen de los regulares, no notándose la alteracion mas que en el momento del parto. Cuando viene este, por lo regular los obstáculos á la progresion del feto no son grandes, pero el trabajo es más largo, y ya Stein (el mas jóven) decia que bastaba por lo regular la paciencia para llegar á la solucion. Y así es en verdad, pues la reduccion del diámetro recto superior no suele alcanzar más de 1, ó 1 1/2 centímetros. Esta regla, empero, tiene sus excepciones, y algunas veces exigen la aplicacion del forceps, y hasta la misma cefaloptriquia. En la coleccion de la Universidad de Bönn, existe un hermoso ejemplar de esta forma, cuyas dimensiones son,

en el estrecho superior.	}	9	cents., diám. ant.-post.
		11 1/4	» diám. trasversal.
en el estecho inferior.	}	10 1/4	» diám. ant.-post.
		10	» bi-isquiático.

El parto tuvo que terminar con el forceps, y la mujer murió de eclampsia. En la coleccion de Stoltz, existe otro tambien de muy buenas formas, que tiene,

en el estrecho superior.	}	98	mm. ant.-post.
		115	» trasv.
en el estrecho inferior.	}	82	» ant.-post.
		100	» bi-isq.

En esta mujer tuvo que practicarse la cefalotripsia. Hay que tener en cuenta tambien otro hecho, y es que aunque se llamen estas pélvis uniformes y regulares, nunca la reduccion es tan proporcional que no se deje sentir un poco más en alguno de los diámetros, especialmente en el ántero-posterior. Depaul en sus lecciones en la clinica de París, insiste mucho en este dato, que es preciso no olvidar para tener una idea exacta de cómo se pasan los fenómenos del parto.

La *segunda* variedad de este grupo, mucho más rara que la anterior, es propia de las mujeres muy pequeñas, ó por mejor decir *enanas*. Los huesos se presentan menos compactos, como transparentes y sin resistencia, como los huesos en la infancia, de modo que la pélvis presenta como forma, la regular del tipo femenino adulto; pero como dimensiones totales, y como estructura y caracteres de los huesos, el tipo infantil. En esta variedad se puede observar alguna vez caracteres de forma, parecidos tambien á los de la infancia, como la estrechez del sacro, la menor extension de sus alas, y la falta de corvadura, lo cual arguye una falta ó retraso de desarrollo. Schröder supone que en esta forma regular de viciacion, el primer fenómeno patológico es una reunion prematura de los huesos, lo cual impide su crecimiento, resultando luego como consecuencia la suspension del desarrollo en la altura total del esqueleto, y la conservacion del tipo infantil. Tambien en esta forma, el grado de estrechez es mayor que la anterior, pudiéndose ver en algunas colecciones verdaderas miniaturas de pélvis, con su forma casi regular. Segun la mayor parte de autores, esta variedad de pélvis, en que no solamente sus caracteres de estructura, sino tambien su forma total conserva el tipo de la infancia, corresponden á mujeres, cuyos órganos genitales han permanecido rudimentarios, provando este hecho que el desarrollo de la pélvis y el del aparato genital se influyen mutuamente. Pocas veces influye en estas viciaciones, un estado constitucional, el raquitismo, pues son simplemente *vicios de desarrollo original* espontáneos.

Pélvis excesivamente grande.—En oposicion á la forma citada, y como anomalia de capacidad, sin deformacion, existe la pélvis *regularmente más ancha*. Anomalia bastante rara, y que nunca llega á tener proporciones exageradas, la mentamos únicamente, como otro tipo de viciacion, más bien que porque tenga importancia fisiológica. Como en las anteriores, no debe buscarse aquí una regularidad tan absoluta, que no se vea mayor longitud en

alguno de los diámetros. Su influencia en el parto es muy poca, pues solamente termina más fácilmente el período de expulsión. La posibilidad de que una pelvis de esta naturaleza puede ocasionar un descenso del útero grávido, y de aquí una dificultad en el parto, es puramente quirúrgica, y casi podríamos decir, que es más ventajosa para la mujer que la pelvis normal. Como de ordinario existe en mujeres proporcionalmente desarrolladas, y estas generan hijos muy desarrollados también, de aquí que sea una verdadera compensación para la marcha del parto, la proporción excesiva de su esqueleto.

3—Modificaciones de relación de los diámetros (pélvis irregularmente estrechas).

—Variedades.—Etiología.

El segundo grupo de vicios de conformación de la pelvis comprende las formadas por estrecheces relativas, es decir, que uno de los diámetros está muy acortado, mientras los demás, ó no han sufrido alteración ó la que presentan no guarda relación con la del diámetro principalmente afectado, de lo cual resulta una modificación notable en la forma que presenta esta parte del esqueleto. De aquí la gran variedad que puede observarse en estas deformaciones, y basta recorrer algunas de las principales colecciones de los museos europeos, para convencerse que entre la infinidad de ejemplares de pélvis viciadas correspondientes á esta categoría, apenas se encuentran dos iguales. Esto hace muy difícil reducir las á grupos, y solamente de una manera algo convencional puede intentarse una clasificación, sirviendo de base el diámetro que se encuentra principalmente afectado, tal como lo hemos hecho en la clasificación que hemos adoptado.

A.—*Acortamiento del diámetro ántero-posterior*.—Esta es la forma más común de pelvis relativamente viciada, y la más importante bajo todos conceptos. Schröder la llama *pélvis aplana*, y la divide en dos grandes secciones; una comprende las pélvis raquílicas; otra las independientes de esta lesión: luego las subdivide en géneros, según se encuentre ó no alterado también el diámetro trasverso. Nosotros las dividiremos en cuatro variedades, según el diámetro más especialmente afectado. En la 1.^a variedad encontramos acortado el diámetro ántero-posterior

del estrecho superior, por una notable exageracion del ángulo sacro-vertebral. (Fig. 65.^a) Esta disposicion en la union del sacro



Fig. 65.^a—PELVIS DEFORME.—1.^a variedad de la primera clase del 2.^o grupo.—Acortamiento del diámetro ántero-posterior del estrecho superior por proeminencia del ángulo sacro-vertebral.

con la última vértebra lumbar, supone siempre ó una exageracion en la corvadura del sacro, á consecuencia de la cual la altura de la excavacion resulta algo más corta, ó un movimiento de la base del hueso hácia adelante, y por consiguiente del vértice hácia atrás, lo cual dá por resultado una mayor extension del diámetro ántero-posterior del estrecho inferior.

En la 2.^a variedad, el sacro ha perdido su concavidad, por una especie de enderezamiento, de lo cual resulta una extension menor del diámetro ántero-posterior de la excavacion, sin cambio en los demas, ó tal vez con un ligero aumento en el superior. En la coleccion de Stoltz figura un ejemplar notable de esta variedad, de forma muy rara: la cara anterior del sacro es convexa, de modo que acorta notabilísimamente el diámetro recto de la excavacion. En el parto hubo necesidad de practicar la operacion cesárea.

La 3.^a variedad viene representada por una especie de aplanaamiento en el sentido de arriba abajo de toda la pélvis, resultando acortados los diámetros ántero-posteriores de los dos estrechos, y aumentado el de la excavacion por la exageracion de la concavidad del sacro, y mucho más corto el eje de la excavacion. Esta forma en su grado mínimo, en el que el acortamiento de los diámetros y de la altura de la pélvis, apenas llega á 1 1/2 cen-

tímetros, se vé con alguna frecuencia, y puede referirse á la *pélvis aplanada, no raquitica* de Schröder, en la cual supone tambien este autor casi constantemente un ligero aumento en los diámetros transversales. El hundimiento mayor del sacro entre los huesos innominados, en la época del desarrollo óseo sería la causa de esta deformacion, atribuyéndola de consiguiente á hacer sentar muy pronto y por largo tiempo á los niños durante la infancia. En un grado extremo va unido á las condiciones de raquitismo.

La 4.^a variedad viene representada por un aplanamiento hácia atrás del púbis, con acortamiento de todos los diámetros rectos. Es forma excesivamente rara. (Fig. 66.^a)

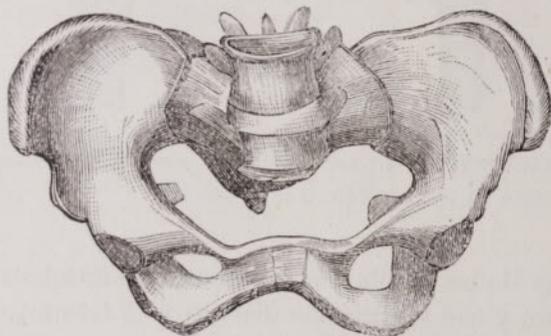


Fig. 66.^a—PELVIS DEFORME.—4.^a variedad de la primera clase del 2.^o grupo.—Sin-fisis del púbis aplanada ó entrante: acortamiento ántero-posterior en los dos estrechos y en la excavacion.

B.—*Acortamiento de los diámetros oblicuos.*—Viciacion casi siempre ligada al raquitismo, la más frecuente despues de la 1.^a variedad del grupo anterior, con la cual se combina frecuentemente. La primera variedad de este grupo viene caracterizada por el acortamiento de uno solo de los diámetros oblicuos, ya por salida en el área de la excavacion de la region correspondiente á la cavidad cotiloidea, ya por inclinacion notable del sacro y acortamiento de la linea innominada. Veremos luego que es uno de los caracteres de la pélvis raquitica.

En la 2.^a variedad, se presentan acortados los dos diámetros oblicuos por un aplanamiento notable de las lineas innominadas,

y proyeccion del pùbis hácia delante, cuyas ramas forman una especie de pico, y prolongan notablemente el diámetro ántero-posterior. (Fig. 67.^a) Esta forma se refiere principalmente á la

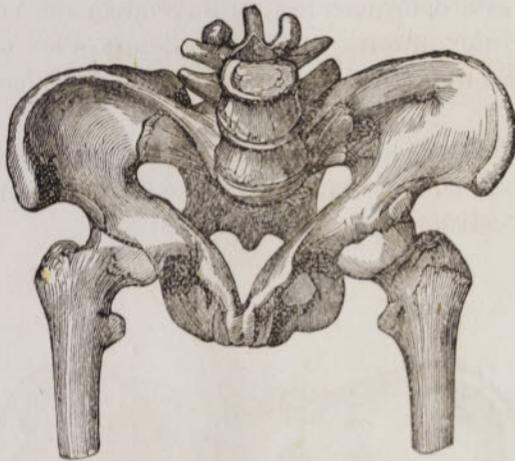


Fig. 67.^a—PÉLVIS DEFORME.—2.^a variedad de la segunda clase del segundo grupo.
—Acortamiento de los dos diámetros oblicuos.

ósteomalacia de los adultos; sin embargo, Schröder describe un tipo parecido, y con los mismos diámetros alterados, que llama *pseudo-ósteomalácico*, y atribuye á una forma especial de raquitisismo.

La 3.^a variedad viene constituida por el acortamiento de uno de los diámetros oblicuos, con alteraciones especiales en la articulacion sacro-iliaca, constituyendo la forma llamada *pélvis oblicua oval*, descrita primeramente por Nøgele, y que constituye realmente un tipo especial en la historia de las viciaciones pélvicas. (Fig. 68.^a)

C.—*Acortamiento del diámetro transverso.*—Viciacion sumamente rara, apenas se encuentran algunos ejemplares de cada una de las tres variedades que le constituyen: 1.^a variedad, acortamiento del diámetro transverso del estrecho superior, con sínóstitose de ambas sínfisis sacro-iliacas; especie de doble alteracion de la pélvis oblicua de Nøgele. Existen de esta forma cuatro ejemplares; uno en la coleccion de Würzburg, otro en la escuela de Kiel, publicado por Kirchhoffer, el tercero en Praga, y el cuarto es de Dubois, publicado por Kivisch. (Fig. 69.^a)

La segunda variedad viene caracterizada por la aproximacion de las tuberosidades ciáticas, acortamiento por lo tanto del diámetro transversal del estrecho inferior. Esta alteracion suele acompañar á otras del estrecho superior, y Schröder la supone propia de la pélvis aplanada no raquítica, de la cual forma una variedad

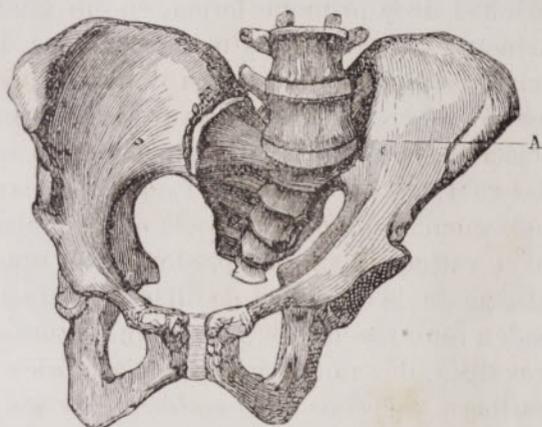


Fig. 68.^a—PÉLVIS OBLICUA OVAL (Nægele).—1.^a forma de la tercera variedad de la segunda clase del 2.^o grupo.—A.—La sínfisis sacro-iliaca izquierda con sínóstose y atrofia de los elementos articulares.

muy importante bajo el punto de vista clinico, puesto que dada la poca extension del diámetro bi-isquiático, un acortamiento del mismo produce complicaciones notables en el parto, y la necesidad de recurrir á operaciones tocológicas.

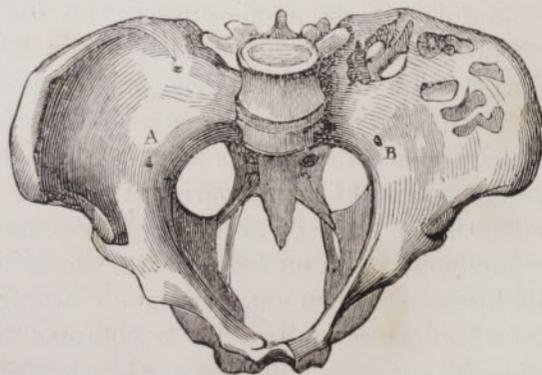


Fig. 69.^a—PELVIS DEFORME.—1.^a variedad de la tercera clase del segundo grupo.—Acortamiento del diámetro transversal del estrecho superior.

La tercera variedad, representada por un desarrollo incompleto de toda una mitad de la pélvis, es forma propia de las escolioses de la columna vertebral, y va unida siempre á la alteracion de otros diámetros.

Estas diferentes formas y variedades que acabamos de nombrar, pueden verse aisladas; algunas de ellas, como por ejemplo, la 1.^a y 3.^a variedad de la primera forma, en un grado mínimo, son indudablemente los ejemplares más frecuentes de pélvis no raquíticas, viciadas simplemente por una alteracion primitiva de la formacion ósea ó del crecimiento total; pero las grandes alteraciones, las viciaciones profundas que felizmente no son frecuentes, pero de las cuales existen en los museos notables ejemplares, pocas veces presentan exclusiva y perfectamente limitados los caracteres de una variedad, aunque predomine el tipo de una de ellas. Sin embargo de la dificultad de fijar los caracteres predominantes, pueden reunirse en tres grupos que representan perfectamente tres tipos, de mucha importancia teórica y práctica: las *pélvis raquíticas*; las *pélvis ósteo-malácicas*, y las *pélvis oblicuas ovales*, que vamos á describir someramente.

Pélvis raquítica.—En la pélvis raquítica debemos considerar dos objetos de estudio; el estado anatómico de los huesos y la conformacion total resultante de la alteracion de estos. El carácter distintivo de los huesos que han sido afectados de raquitismo, es de presentarse delgados, finos, más duros que de ordinario, transparentes, y despues que han sido preparados y disecados, de una blancura notable. Nótese que el raquitismo es enfermedad propia de la infancia, y que al observar los caracteres mencionados, vemos los propios del raquitismo curado, pues durante el período de actividad de esta dolencia, se puede observar en los huesos del niño caracteres anatómicos completamente opuestos. Considerados aisladamente los huesos de la pélvis, presentan los siguientes caracteres: el *sacro* es más corto, más ancho, su cara anterior menos cóncava, sus alas como vueltas hácia atrás, y la parte media más saliente, resultando una progresion anterior de la base, y una inclinacion hácia atrás de la punta. Frecuentemente, esta base está más inclinada hácia un lado, por efecto de una especie de torsion del hueso sobre su eje, fenómeno acompañado casi siempre de una *lordose escoliótica* de la columna lumbar. *Los huesos innominados* son más pequeños y más estrechos, y á veces algo desiguales, menos cóncavos por su cara interna, y más separados uno de otro; la línea innominada es más corta, y cuando

el sacro se dirige hácia un lado (que suele ser el izquierdo), es más corta esta línea, en comparacion á la opuesta: las tuberosidades ciáticas son divergentes hácia abajo, y más separados uno de otro los lados que forman la arcada.

Como resultado de estas modificaciones en la forma individual de los huesos, resulta modificada en totalidad la pélvis del modo siguiente (Fig. 70.^a) La progresion hácia delante del pro-

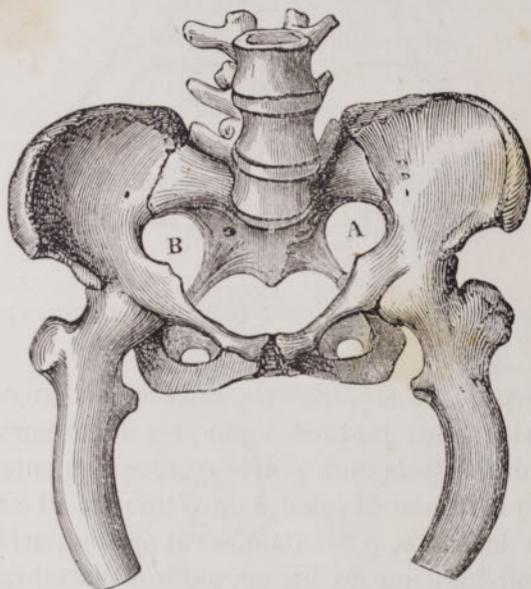


Fig. 70.^a—PÉLVIS RAQUÍTICA.—Aplanamiento ántero-posterior. A B, notable ensanchamiento de las escotaduras ciáticas.

montorio produce el aplanamiento ántero-posterior, y consecutivamente una distension en el sentido transversal, tan notable esta última que en algunas ocasiones, á pesar de ser en totalidad más pequeña la pélvis, presenta el estrecho superior un diámetro transversal igual ó mayor que el de las pélvis normales: los diámetros oblicuos tampoco se encuentran notablemente disminuidos. Se encuentran, si, acortadas las distancias sacro-cotiloideas, y sobre todo el diámetro ántero-posterior del estrecho superior. En la excavacion todos los diámetros son mayores, y en el estrecho inferior predomina el diámetro transversal. Así resulta el esquema dibujado en la Fig. 71.^a

Estas alteraciones pueden afectar diferentes grados, siendo lo

más comun ver poco pronunciadas las modificaciones totales. Pero cuando se exageran mucho, llega á presentar la p elvis una forma tan caprichosa, que difilmente podria fijarse la relacion entre los diámetros. A este grado extremo llama Schr oder, *p elvis*



Fig. 71.ª—Esquema del estrecho superior de la p elvis raquitica precedente.

raquitica, general   irregularmente estrechada, en contraposicion   las formas menos graduadas que presentan cierta regularidad. La combinacion de una p elvis exageradamente raquitica con la escoliose vertebral d  lugar   otro tipo en el cual predomina la torsion del sacro, presentándose el promontorio hácia un lado, como compensacion de las corvaduras vertebrales (Figura 72.ª); falta la excavacion transversal del sacro, y el hueso innominado se eleva del lado de la inclinacion de este. La p elvis resulta notablemente asimétrica. En los casos de cyfosis, la alteracion de la p elvis es invertida; la base del sacro se inclina hácia atrás y el v rtice hácia delante, de lo cual resulta poco alterado el diámetro ántero-posterior del estrecho superior y acortado el del inferior. La corvadura del sacro falta   es convexo, y las espinas iliacas posteriores descienden. Por lo demás, los caracteres son los del raquitismo.

La génesis de estas viciaciones la encontramos perfectamente explicada en la misma lesion anatómica de los huesos. Afectados estos de raquitismo,   sea de una lesion de nutricion que hace no se apropie las sustancias inorgánicas que deben consolidarle, se encuentran compuestos de piezas aisladas sólidas, cubiertas de sustancia osteoide blanda, y reunidas por sustancia cartilaginosa de textura normal. Los medios de union de unos huesos con otros

son también menos consistentes, lo cual les hace susceptibles fácilmente de corvaduras, depresiones y hasta de fracturas. La compresión que en estos casos sufre la sustancia osteoide, y el deslizamiento fácil de unas piezas sobre otras, explica las modificaciones de forma, así como la misma lesion de nutricion en sí



Fig. 72.^a—ESQUELETO RAQUÍTICO.—Compensacion de las corvaduras vertebrales por las de la pélvis y de los extremos inferiores.

explica la falta de desarrollo y crecimiento. Durante el periodo agudo de la enfermedad, el niño no puede tenerse en pié, permanece casi siempre echado sobre el dorso, ó semi-sentado. Esta postura produce una compresion de la pélvis de atrás á delante,

que explica el aplanamiento total y el ensanchamiento de los diámetros transversales; al propio tiempo el sacro penetra más entre los huesos iliacos, impulsado por el peso del cuerpo, el promontorio desciende, y como el vértice del sacro se halla ya fijo por los ligamentos posteriores, este hueso bascula y sufre un movimiento de rotación que le inclina hácia un lado. Las vértebras sanas á su vez se encuentran como rechazadas y comprimidas hácia la parte posterior. Como en esta disposición viene la consolidación de los huesos, estos guardan como forma definitiva, la accidental que las tracciones y compresiones dieron á su sustancia reblandecida, y ya queda permanente la lesión, aumentada ó exagerada á veces con el crecimiento, sobre todo en los casos de escoliose, ó cyfosis.

Pélvis ósteo-malácica.—La ósteo-malacia es el reblandecimiento de los huesos por consecuencia de la reabsorción de sus elementos sólidos y en particular de sus sales. Esta enfermedad,

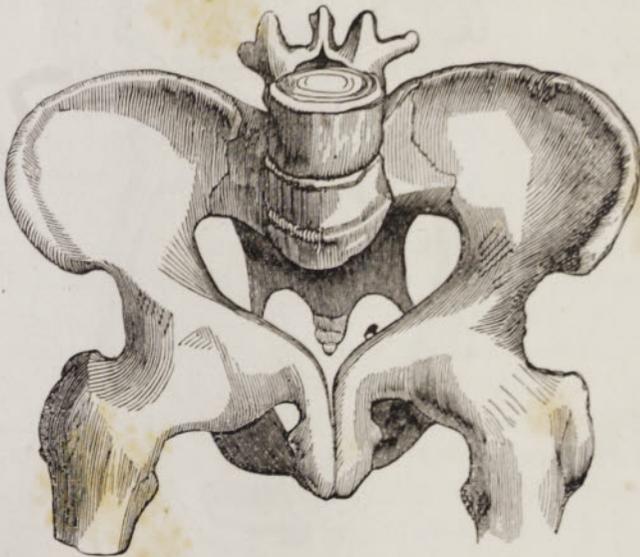


Fig. 73.^a—PÉLVIS ÓSTEO-MALÁCICA.—Aplanamiento general; acortamiento de los diámetros oblicuos y prolongación en forma de pico del ántero-posterior.

propia de la edad adulta, aparece de consiguiente durante la actividad generadora de la mujer, y aun se reconoce esta misma actividad como otra de las causas que pueden favorecerla. Cuando se examinan estos huesos no se encuentran ya regenerados, como en las pélvis raquíticas, sino reblandecidos aun, y por esto se

les observa blandos, porosos, muy vasculares, como ingurgitados de grasa, y consistencia variable. Unas veces se presentan blandos como la cera, maleables y se pueden cortar; otras al contrario extraordinariamente friables, y crujen como pergamino. Estas diversas maneras de presentarse corresponden á dos variedades de ósteo-malacia, la *psathyra* (fractuosa) y la *apsathyros* (cerea) de Kilian. Esta última variedad presenta un color oscuro grisáceo despues de preparado el hueso, y es voluminoso y desigual; en la primera el color es claro, amarillo, y el hueso muy frágil y muy ligero.

Los caracteres generales de la pélvis ósteo-malácica aparecen algo distintos de los de la raquitica. (Fig. 73.^a) La pélvis abdominal ó mayor está estrechada por la aproximacion de las espinas anteriores y superiores y encogimiento de las alas, algunas veces tan exagerado que quedan convergentes hácia dentro; coartacion del estrecho superior en forma triangular, con acortamiento del diámetro transversal y de los dos oblicuos, y prolongacion del antero-posterior; coartacion del estrecho inferior en todos sentidos. En algunos casos extraordinarios la aproximacion de la pélvis y su disposicion en forma de pico es tan pronunciada que constituye el esquema del estrecho superior una figura parecida á un corazon de carta prolongado. (Fig. 74.^a)



Fig. 74.^a—Esquema del estrecho superior de una pélvis ósteo-malácica.

Para comprender de qué manera se verifica este cambio de forma, es menester tener presente la índole especial de la enfermedad que le ocasiona. Al invadir á un sujeto el reblandecimiento óseo, pronto le imposibilita de estar de pié y dedicarse á sus ocupaciones habituales, y la enferma está ó acostada, ó sentada, ó alterna en estas posturas. De la manera como se verifi-

quen entonces las presiones y el peso del cuerpo sobre la region pélvica, resultará una compresion del anillo en el sentido de la presion. Como lo más regular es que la enferma pase más tiempo acostada en decúbito lateral alterno, se irá comprimiendo la pélvis en el sentido de sus diámetros laterales; las tuberosidades ciáticas y la parte inferior del sacro serán comprimidas hácia dentro y atrás, las alas de los ileons se irán aproximando, lo mismo que las regiones cotiloideas, y todo lo que pierda en el sentido transversal se ganará en el anterior, prolongándose el púbis, hasta formar una especie de pico, por el paralelismo de las dos ramas horizontales de este hueso. Tambien aquí pueden presentarse combinaciones, y se comprende que el tipo clásico de pélvis ósteo-malácica, ó sea de aplanamiento lateral, será sustituido por una forma parecida á la raquitica, cuando la mujer esté más bien de pié ó echada sobre el dorso que en decúbito lateral.

Bajo el punto de vista del parto debe tenerse presente en los casos de ósteo-malacia, no solo la deformacion de la pélvis, sino la alteracion anatómica del hueso que lo hace friable, y constituye otro origen de peligro, tanto si el parto tiende á terminar espontáneamente, como si, y es lo regular, tiene que practicarse alguna operacion. El estudio clásico de la ósteo-malacia debe formar la base principal del juicio diagnóstico, pronóstico y terapéutico de estas viciaciones, pero el conocimiento de las formas anatómicas resultantes de la viciacion, es la base del conocimiento de la distocia, bajo el punto de vista de la intervencion obstétrica.

Aunque aceptada generalmente la distension bajo el punto de vista obstétrico entre el raquitismo y la malacia, el hecho de que pueden observarse formas análogas debidas indistintamente á una y otra causa, ha determinado á algunos autores á admitir una sola viciacion, bajo la denominacion comun de *pélvis viciada por el reblandecimiento de los huesos*. Así lo hizo Scanzoni en la última edicion de su tratado clásico de partos. Pero colocada la cuestion en el terreno práctico tocológico, ilustrada por los histólogos, no ha podido dejar de advertirse las dos clases, puesto que siendo dos procesos distintos, significan para el médico encargado de tratarlos, dos diferentes líneas de conducta. Siendo tan importante la génesis de una y otra afeccion, no podemos menos que mencionarla aquí, como la parte más interesante de la patogenia que nos ocupa. Permitaseme trasladar las mismas

palabras de Virchow: «Como resultado definitivo de la lesion de nutricion, el hueso malácico puede durante la vida ofrecer alguna analogía con el hueso raquítrico, pero bajo el punto de vista de la génesis, falta por completo tal analogía. En la ósteo-malacia hay reabsorcion; *las partes sólidas se reblandecen*; huesos de una dureza calcárea se trasforman en una médula gelatinosa. En el raquitismo no hay reabsorcion esencial; *las partes blandas no se endurecen*, las capas osteoides desprovistas de cal, permanecen sin sufrir la más pequeña modificacion, lo mismo que las capas compactas y esponjosas que se han ya calcinado. En la ósteo-malacia es el hueso propiamente dicho el que se transforma; en el raquitismo no hay más que el cartilago y el periostio que puedan considerarse como atacados por la enfermedad, cuando apenas se afectan en la malacia. En esta última puede hacerse constar la desaparicion de elementos, atrofia, degeneracion y metamorfosis regresiva; en el raquitismo, al contrario, hay formacion, proliferacion, aumento, metamorfosis progresiva; solamente que este trabajo se suspende en un momento dado, no llegando á completarse la organizacion (1).» Hé aqui dos enfermedades bien distintas desde su origen, y que necesitarán por lo tanto diferentes procedimientos para ser combatidas. Además el raquitismo es enfermedad de la infancia; al tiempo del parto encontramos los vestigios y las consecuencias de lo que sucedió en época remota; la ósteo-malacia es enfermedad de los adultos, y la encontramos integra, en la plenitud de su desarrollo, viniendo á hacer difícil y peligroso un parto, y obligándonos á obrar de manera muy distinta que en los casos de raquitismo simple.

Pélvis oblicuamente estrechada. (*Pélvis obliqua oval, de Nægele.*)—Nægele fué el primero que describió esta variedad de viciacion, que posteriormente ha sido aceptada por todos los autores. Los caracteres que presenta son los siguientes:

1.º Osificacion completa de una de las sínfisis sacro-iliacas, fusion perfecta del sacro con el ileon (sinóstose), desarrollo incompleto de la mitad del sacro, y menor anchura del hueso innominado del lado de la sinóstose. (V. la fig. 68.^a)

2.º El sacro se encuentra desviado del lado de la sinóstose, y su cara anterior mira á este lado, de suerte que la sínfisis del púbis mira en sentido opuesto; el diámetro ántero-posterior, pues, no es recto, sino diagonal.

(1) Virchow, Archiv. für pathologische Anatomie.—1853, tom. v. fas. 4.