

3.º *Preñez intersticial*.—Alguna vez el huevo llega hasta la última porción del oviducto, pero sin llegar á penetrar en la cavidad uterina. Entonces el huevo parece incrustado en la sustancia uterina, y esta participa lo mismo que la trompa de los cambios anatómicos que antes hemos mencionado. Mirado exteriormente representa el ángulo correspondiente de la matriz una especie de saco adherido á esta, pero sin comunicación con ella.

4.º *Preñez abdominal*.—En esta variedad el huevo se encuentra encima del peritoneo, cerca del ovario, frecuentemente adherido al repliegue de Douglas (fondo de saco recto-uterino) ó á una hoja del ligamento ancho; puede estar sobre una porción del intestino, sobre la pélvis, etc. La preñez abdominal se distingue en *primitiva* y *consecutiva*, segun que el huevo ha descendido al abdómen inmediatamente despues de su fecundacion en el ovario, ó bien que permaneciendo en este algun tiempo sea al fin desprendido y pase al abdómen. Así la preñez abdominal consecutiva ha sido en su principio *ovárica* por lo regular, pero pudo tambien ser *tubaria*, verificándose el desprendimiento prévia ruptura de la trompa, siendo este caso el que explica la posibilidad de encontrar el huevo, consecutivamente, *dentro del ligamento ancho*.

Con el carácter de consecutivas se han admitido preñeces *vesicales*, *rectales* y *vaginales*, que solo se comprenden por el paso sucesivo del huevo á aquellos puntos, prévia la rotura del quiste primitivo. Rokitansky, hablando de una preñez *cervical*, dice que el huevo desprendido de la matriz se retuvo en la cavidad del cuello por un pediculo de la caduca; desde aquí pasa á la vagina y se realiza el aborto.

Desarrollo del huevo en las preñeces extra-uterinas.—Las primeras evoluciones del huevo no se distinguen de las de la preñez normal; el embrión primero y el feto despues se desarrollan en virtud de las leyes generales de formacion; solamente su crecimiento y su desarrollo total suelen ser más exiguos, en razon á la insuficiencia de sus medios de union con el organismo materno. Esto, sin embargo, tiene excepciones en las que se vé el feto perfectamente desarrollado con relacion á su edad. El huevo se compone siempre de las dos membranas fundamentales, el *corion* y el *amnios*; en cuanto á la caduca, se observa cuando el huevo se ha desarrollado sobre una mucosa (preñez tubaria); fuera de este caso no se vé, y el corion está en relacion inmediata con las paredes dilatadas del órgano en que se asienta, ó

con una hoja peritoneal de nueva formacion que le constituye un quiste. Cuando se rompe el huevo, y el feto ó el embrion cambia de lugar (preñez abdominal consecutiva) entonces desaparecen aquellas membranas, y por lo tanto deja de vivir el embrion, pues le faltan los elementos vegetativos. Si la muerte de la madre no subsigue á este accidente, se forma alrededor del embrion un nuevo quiste, que se engruesa, aísla aquel producto, y es el que se encuentra luego al practicar la autopsia. La vascularidad en el punto de adherencia del huevo es muy grande, pero hasta ahora no se han encontrado verdaderos senos; por esto tampoco pueden definirse muy claramente las relaciones que tenga la placenta con esta superficie vascular. Sin embargo, de una observacion de Helie, relativa á un caso de preñez tubaria, se desprende que las vellosidades coriales cubrian todo el huevo á los dos meses y medio, época en que han desaparecido ya en los casos normales, como si indicara esto que la mayor extension de las superficies absorbentes, suple á la imperfeccion de los medios que presta el organismo materno. Cuando la preñez se prolonga mucho más de los limites ordinarios, las hojas que forman el quiste se espesan, se condensan, y hasta pueden llegar á sufrir la trasformacion cartilaginosa ó cretácea. Los cambios ulteriores que este pueda sufrir se refieren á los procesos patológicos de que son asiento.

Se ha supuesto por muchos que el útero, aunque no tomando parte en la preñez extra-uterina, sufria sin embargo cambios caracterizados por la proliferacion de sus fibras musculares, cambio de forma, reblandecimiento del cuello y la formacion de una caduca, que era expelida en un periodo más ó menos distante del principio de la preñez. Pero este hecho, que confirman algunas observaciones, no debe ser general, puesto que existen ejemplares de matrices completamente normales al lado de una preñez extra-uterina, y que no se han visto influidos por aquellos procesos (1). Las mamas se hacen asiento de igual fluxion y fenómenos simpáticos que en las preñeces normales y la menstruacion de ordinario se suspende.

Etiologia.—La causa inmediata de cualquier preñez extra-uterina, es un obstáculo que impide al huevo fecundado penetrar en la trompa ó recorrer su trayecto. En este concepto encontra-

(1) Consúltese la obra de Nægele y Greuser y los hechos recientes, consignados en el periódico *Paris medical*. 1878.

mos las obstrucciones del oviducto debidas á lesiones orgánicas, á adherencias inflamatorias, sobre todo consecutivas á peritonitis localizadas, á concreciones mucosas, pólipos y tumores fibrosos del útero cerca de la region tubo-uterina. En otro concepto encontramos la impermeabilidad del conducto por anomalías de volúmen, direccion, inflexion, etc., la caida del epitelio y la mala direccion de sus pestañas vibrátiles, las perturbaciones de los movimientos peristálticos, convertidos en espasmódicos é irregulares, ya bajo la accion de un cámbio brusco de temperatura, ya por una impresion moral viva como el miedo, el terror, etc. Todas estas causas son suficientes para explicar el hecho de la detencion del óvulo, pero la verdad es que, cuando se trata de comprobar alguna de ellas, ante un caso de preñez extra-uterina, dificilmente se encuentra en el sujeto, y ni aun en su cadáver cuando llega á practicarse la autopsia, la explicacion evidente del fenómeno que buscamos. Un hecho, sin embargo, debe tenerse en cuenta, que puede dar razon á veces de la presentacion de la anomalía que estudiamos, el hecho de que en la mayor parte de mujeres que presentan una preñez extra-uterina, ha habido anteriormente irregularidades notorias en su funcionalismo sexual, y sobre todo una esterilidad persistente por espacio de años, ó repetidos abortos.

Marcha de la preñez extra-uterina.—*Sintomas.*—En los primeros dias de una preñez extra-uterina, nada indica el estado anómalo en que la mujer se encuentra, pero en cuanto el huevo empieza á crecer, tomando proporciones sensibles, se produce un conjunto de incomodidades debidas principalmente por un lado á la dilatacion de las paredes del saco que hace el papel de útero, y por otro á la compresion é irritacion creciente de los tejidos circunvecinos. Lo primero que revela ese estado de sufrimiento son los dolores, los cuales residen unos en el hipogastrio, ingles y fondo de la pélvis, otros en un punto del abdómen, diferente segun sea el sitio de implantacion del huevo. Los primeros tienen el carácter de contráctiles é intermitentes, residen en la matriz, y son efecto de las contracciones simpáticas en que entra este órgano. Algunas veces se desprenden porciones membranosas, verdaderos colgajos de la caduca que hemos dicho se forma á menudo en su interior. El otro dolor es fijo, permanente, de carácter pungitivo unas veces, otras gravativo, y se resiente en el punto en donde está adherido el huevo; crecen á medida que progresa la preñez hasta hacerse formidables. Herin ha llamado la

atencion sobre el tipo especial de la fisonomía, y el gesto expresivo de la cara cuando esos dolores son agudos, suponiendo que son característicos y casi patognomónicos del error de lugar en la gestacion. Creemos que esa importancia debe ser exagerada, y que la facies de la paciente en ese estado, debe ser una simple variedad de la que caracteriza la peritonitis. Aparte de esto, la mujer resiente astringencia de vientre, siendo muy penosa la defecacion, y sufriendo al lado de estas las incomodidades debidas al estado nervioso propio de toda gestacion. De ordinario, trascurridas algunas semanas de esta suerte, explotan de repente los síntomas de inflamacion, que deberemos referir á los de la peritonitis circunscrita. Al lado de estos ejemplos, que son por decirlo así el tipo de las preñeces extra-uterinas, existen otros en que recorre esta muchos meses sin provocar accidente ninguno, y hasta sin ocasionar molestias serias á la paciente, viniendo al fin la resolucion, ó por una muerte súbita é inopinada, ó por la aparicion de los síntomas especiales que caracterizan la transformacion del producto de la concepcion.

Y llegamos al estudio de la terminacion de esas preñeces, parte importantísima y que es, por decirlo así, la que tiene toda la esencia práctica de esta distocia.

La preñez extra-uterina puede terminar, y es desgraciadamente la solucion más comun, por la muerte de la madre, sobreviniendo durante los primeros meses, y de ordinario de una manera súbita. El proceso que á esto lleva es muy sencillo; la trompa de Fallopio distendida, en cualquier punto de su trayecto, aun en la porcion uterina, llega al máximum de extensibilidad y se rompe, dando lugar á la salida del huevo. Se produce entonces una gran hemorragia interna, y una peritonitis aguda que son las que matan á la paciente. Puede ser que el huevo no se desprenda del todo y quede en la misma solucion de continuidad como una especie de obturador; entonces la hemorragia será menos abundante, pero queda aun la peritonitis y la sacudida nerviosa que dan cuenta de la enferma. Estos procesos vienen caracterizados exteriormente por dolores vivisimos, insoportables en el foco de la hemorragia, ansiedad, tumefaccion del abdómen, descomposicion del semblante, sudor frio, pulso concentrado, frecuente y filiforme, sed viva, vómitos, síncope, y la muerte siguiendo á uno de estos ó á una convulsion. La autopsia pone de manifiesto en estos casos el huevo fuera de su sitio, un derrame sanguíneo considerable en la cavidad abdominal, y la ruptura

del saco formado por la trompa, ó por esta y la matriz segun el sitio del desarrollo embrionario. Si la muerte no ha seguido de cerca á la hemorragia, pueden comprobarse los signos de la inflamacion peritoneal.

En casos excepcionales, la mujer resiste los procesos de inflamacion consecutivos á la ruptura del saco y sobrevive á esta borrasca. Entonces muere el feto, y sufre una de las dos transformaciones siguientes: 1.^a Es atacado por una descomposicion pútrido-purulenta, fórmase un absceso, y este por el mecanismo de los abscesos internos se adhiere á los órganos vecinos, abriéndose paso al exterior su contenido, ya al través de las paredes abdominales, ya por el recto, ó por la vagina, etc. 2.^a El feto sufre la metamórfosis especial que le convierte en *lithopædion*, ú *ósteopædion*. Sus partes blandas se desecan, se incrustan de carbonato de cal y de magnesia, colessterina y pigmento amarillo, se enquistan el total así modificado y queda en un punto del organismo materno, sin ocasionar apenas incomodidades, pudiendo permanecer de esta suerte durante muchos años.

Otra terminacion de la preñez extra-uterina, es por *inflamacion*. En las preñeces abdominales sobre todo, no se verifica la ruptura del saco, sino que este se inflama generalmente por comunicacion de este proceso desde la membrana del huevo. Si empezó viviendo el feto, la muerte de este no tarda en sobrevenir, pero por lo regular le ha precedido; la inflamacion termina por supuracion, el absceso que se forma acaba por adherirse á las paredes abdominales, se perfora, y por este orificio se verifica la eliminacion continua, pero lenta, de porciones del feto destruidas y maceradas. Estas supuraciones constituyen á la paciente en un estado de emaciacion al que frecuentemente sucumbe, pero á veces resiste á ellas, y terminada la eliminacion del feto, la mujer se restablece por completo.

Puede el feto persistir todo el tiempo necesario en su improvisada matriz y adquirir su completo desarrollo, fenómeno que se vé tambien en la preñez abdominal. En estos casos al llegar la semana 40, se inicia el trabajo del parto, por contracciones uterinas, que solo producen la expulsion de algunas cantidades de sangre, de moco ó de caduca, y por contracciones en el saco, bien evidentes. Si el arte no viene á ayudar á la solucion de estos hechos, que no tienen ninguna en los recursos naturales, despues de algunos dias de lucha muere el feto y queda enquistado hasta que ó lo elimina un proceso supuratorio, ó pasa á *lithopædion*, se

atrofia y queda allí permanente. Generalmente esta manera de llegar el feto á término solo se vé en las preñeces abdominales, pero hay algunos ejemplares de igual terminacion en algunos casos de preñez tubaria y tubo-uterina (1). Stoltz no cree esto posible, y explica los hechos que se citan, como preñeces abdominales malamente calificadas de tubarias, ó tal vez como una preñez en un útero bi-corne.

Diagnóstico.—El de las preñeces extra-uterinas es poco menos que imposible durante los primeros meses; lo regular es que el primer aviso de este estado lo tengamos por la explosion de los fenómenos propios de su terminacion. Y se comprende que deba ser así, porque por un lado existe el diagnóstico de gestacion, y este sabemos cuán difícil es formularlo antes del tiempo en que se pueden estimar los signos objetivos. Si por los simples datos racionales se llega á comprobar la existencia de un feto, no tendremos tampoco seguridad de qué este se halle fuera de su lugar propio, porque todos los síntomas que los autores citan son excesivamente vagos é inconstantes. Los dolores contractiles uterinos con expulsion de sangre y colgajos de caduca, el dolor fijo en un punto del abdómen, la facies especial, el abultamiento de un lado del abdómen, etc. etc., son fenómenos poco significativos para apoyar un diagnóstico completo. Por regla general podemos decir, que solo cabe diagnosticar una preñez extra-uterina, cuando perfectamente comprobados los ruidos del corazon del feto, se comprueba tambien que la matriz no está apenas abultada, y demuestra el cateterismo su completa vacuidad. Esta última operacion debe hacerse siempre con extremada prudencia, para evitar el resultado fatal de la exploracion si la preñez fuese realmente uterina. Aun es más difícil el diagnóstico de cada variedad de preñez; pero si se comprueba el error de lugar de esta con los dos datos que hemos propuesto, esto solo apoyará la opinion de que es abdominal, puesto que las otras rarísimas veces se prolongan hasta la época en que pueden ser apreciados los signos objetivos del feto. Además de esto, en la preñez abdominal los fenómenos patológicos son mucho más tardíos, y el tacto y la palpacion aprecian con cierta facilidad relativa las regiones más preeminentes del feto.

Pronóstico.—Gravísimo siempre para la madre, para el feto solo admite algun grado menor de gravedad la preñez abdomi-

(1) Museo de Viena, un caso; Roshirt, dos casos; hosp. Guy, un caso; Saxtorf, un caso.

nal si se conoce á tiempo, por la posibilidad de una terminacion favorable. La estadística de Kiwisch, deduce en 100 casos de preñez extra-uterina salvadas solamente 18 madres y 2 niños, lo cual en la suma de existencias comprometidas dá un total de 90 por 100 perdidas.

Tratamiento.—Como al principio es desconocida la naturaleza de los síntomas que la mujer acusa, no puede establecerse otro tratamiento que el sintomático para aliviar las molestias que la mujer sufra, y desgraciadamente no puede tomarse providencia ninguna para prevenir los funestos resultados de una brusca terminacion. Desde el momento en que esta se inicia, si es por síntomas flogísticos, la medicacion antiflogística en todos sus grados debe emplearse, dando preferencia á los mercuriales y al ópio, si los síntomas son de peritonitis. Los síntomas de hemorragia interna indicarán el uso del frio, el hielo mismo sobre el hipogástrio, las ingles y los genitales, y los enemas de agua helada. Cuando la inflamación lenta acaba por supuracion y se forma un absceso, se procurará tratarlo como los abscesos del hígado, haciendo acostar á la mujer sobre el lado enfermo y procurando la adhesion del quiste á las paredes abdominales, con el fin de abrir lo más pronto posible el tumor, lo cual se hace en cuanto la fluctuacion es evidente y tenemos seguridad de la adhesion de las dos paredes. Una vez practicada la incision, se dá salida al pus, y se van extrayendo las porciones del feto que se presentan cerca de la abertura. La puncion del absceso puede hacerse por la vagina ó por el recto cuando á estos puntos se dirige la supuracion. Curas, tratamientos locales apropiados y un tratamiento general tónico-reconstituyente, formarán la base de la curacion ulterior del absceso. Si en vez de supuracion, terminase la preñez por la formacion de un lithopœdion, no debe practicarse operacion ninguna activa.

Cuando el diagnóstico ha podido formularse fijamente, ó por lo menos con grandes probabilidades antes de sobrevenir ningun accidente, encontrándose el huevo en el fondo del saco recto-vaginal, puede emplearse el procedimiento de Basedow, que consiste en provocar el aborto del huevo por medio de la puncion, con lo cual se evitan las terminaciones funestas. Con este mismo objeto propuso Joulin y ha practicado Friedreich, la inyeccion en el huevo, por medio de la jeringa de Pravaz, de una solucion de sulfato de atropina (5 á 10 miligramos de sal para cada inyeccion). El trocar debe llevarse si es posible hasta penetrar en el feto, por-

que entonces la muerte de este es casi instantánea, pero si no se puede, basta que penetre en el líquido amniótico, desde donde puede obrar por absorcion. En este caso se necesitan tres ó cuatro inyecciones para obtener el resultado. Este procedimiento, completamente inofensivo para la madre, suspende la marcha de la preñez y prepara para una de las terminaciones favorables.

Si la preñez sigue su curso hasta llegar el feto á la época de viabilidad, la regla de conducta es esperar á que llegue el término normal de la misma, y entonces practicar la gastrotomía. Solamente la presencia de síntomas alarmantes nos obligan á proceder con premura antes del tiempo de terminacion de la preñez, pero tampoco debe esperarse más allá de esta época, porque el feto suele perecer, y los esfuerzos que se desarrollan para su expulsion en la pseudo-matriz perjudican notablemente á la madre. La gastrotomía se hará siempre si el feto vive; si este hubiese muerto, no urge practicarla á menos que lo exija el estado precario de la madre y se pueda presumir salvarla por medio de esta operacion. La gastrotomía se practica como si se tratara de una preñez uterina, aunque algunos autores aconsejan cuando se trata de una preñez tubaria ú ovárica, ligar ó extinguir la trompa ó el ovario asiento del huevo, con el fin de evitar los accidentes hemorrágicos. Estos son los primeros que amenazan despues de la incision ordinaria, porque al desprenderse la placenta, no se cierran los vasos de la region en donde se insertaba por falta de elementos musculares. Así, una vez extraido el feto, no se saca la placenta, sino que ligándola muy cerca de la salida del cordon, se deja que naturalmente vaya desprendiéndose y cuando ha terminado la desimplantacion se extrae con cuidado. Adams, propone dejarla dentro del quiste, hasta que espontáneamente se elimine. El peligro que inmediatamente sigue al de la hemorragia, es el de la peritonitis, tanto más segura é intensa, cuantos más hayan sido los tejidos que hayan tenido que interesarse en la operacion, y más si el peritoneo estaba ya anteriormente enfermo. El pronóstico de esta operacion es siempre gravísimo.

Cuando en las circunstancias que se acaban de expresar, el feto llega más abajo del fondo de saco recto-vaginal, puede abrirsele paso al través de la vagina, practicando en esta una incision que capa por capa llegue á penetrar el interior del huevo, y por ella se extrae el feto. A esta operacion se llama *seccion vaginal, colpotomia ó elytrotomia*.

IV.

DISTOCIAS ABSOLUTAS POR EL CONTENIDO.—1—Deformidades y monstruosidades.—
2—Fetos múltiples adherentes.—3—Anomalías de los anexos.

Recordarás que dividimos las distocias absolutas de lugar en dos géneros, según la alteración ó anomalía reside en el organismo continente ó en el contenido. Estudiadas ya las primeras, debemos ahora ocuparnos de las que se refieren al segundo género, es decir, de las anomalías del feto y sus anexos, caracterizadas, no por la falta de regularidad en su postura ó colocación, sino en vicios anatómicos, ó de estructura, que constituyen por lo tanto carácter absoluto.

Reunimos todas estas distocias en tres especies: 1.^a Exageración del volumen del feto, ya general ya parcial. 2.^a Adherencias de dos fetos gemelos. 3.^a Todas las anomalías anatómicas de la placenta, el cordón y las membranas.

1—El feto puede presentar un volumen total aumentado hasta el punto de no ser fácil su paso al través de los estrechos, mas cuando esto sucede sin estar enlazado con determinados estados patológicos, y solo representa por lo tanto un exceso de nutrición, con desarrollo fisiológico lozano, no llega por lo regular á suscitar serias dificultades á la marcha del parto en el sentido de su desarrollo total, surgiendo estas únicamente al paso de la cabeza, región en que un aumento sobre las dimensiones normales llega pronto á excesivo, siendo al propio tiempo la menos reductible y adaptable á condiciones anómalas. El resto del cuerpo pasa por lo regular fácilmente, y así es que podemos muy bien referir esta variedad de distocia al aumento de volumen de la cabeza, como hecho que principalmente resalta, aunque el exceso de nutrición haya sido general.

El aumento de volumen de la cabeza pues, ya solo, ya acompañado proporcionalmente del del cuerpo, es el verdadero punto de vista de la distocia que estudiamos. Se nos ofrece desde luego en dos variedades; aumento que podemos llamar fisiológico que solo representa volumen excesivo, de ordinario con osificación prematura de las fontanelas; y aumento de volumen debido á una causa patológica, entre las cuales figura en primera línea el hidrocéfalo. El primer caso, el constituido por un excesivo volumen de la cabeza sin lesión patológica, ha sido negado por algu-

nos tocólogos (Cazeaux); sin embargo, el hecho no tiene nada de imposible para dejar de admitirlo *á priori*, y la autoridad de reputados profesores que los han visto, y han tenido que resolver el caso, seria suficiente para aceptarlos, si nosotros mismos no fuésemos testigos de semejante distocia. En poco tiempo tres casos se nos presentaron de volúmen excesivo de la cabeza; dos de ellos con osificacion prematura debida á un retardo en el parto; el otro nacido á tiempo, pero con proporciones tales en todo su cuerpo, que el paso por los estrechos y la salida de la vulva se prolongaron algunas horas, y tuvimos que hacer la extraccion manual de los hombros. Esta mujer era plurípara, y en los partos anteriores no habia sucedido nada de esto, porque los fetos tenian proporciones regulares. Es innegable, pues, que existe como causa de distocia suficiente, un aumento de volúmen de la cabeza, y que puede llegar á exigir operaciones sérias en el mismo sentido que las estrecheces pélvicas.

Saxtorph, Höhl, Lower, etc., admiten como causa, ó mejor, coexistiendo con el aumento de volúmen de la cabeza, la presencia de huesos vormianos en las fontanelas, de cuyo hecho citan todos ellos algun ejemplo. El hecho es posible, pero nos parece que en alguna ocasion se habrá tomado como hueso vormiano lo que tal vez sea la osificacion prematura de la region, desarrollada de una manera anómala. El resultado no obstante es siempre el mismo, una dificultad grande en los movimientos de los huesos del cráneo, que entorpece la progresion de la cabeza.

(Esta dificultad de movimiento figura para mí en muchas ocasiones, como el verdadero punto de vista de la distocia. La observacion de lo que sucede en el encajamiento y descenso de la cabeza, me ha convencido de que, la reduccion de esta por medio del acaballamiento de los huesos, es un fenómeno necesario para la debida marcha de la funcion, aun en aquellos casos en que todo está en completo orden fisiológico, es decir, en que es holgada la proporcion entre el conducto óseo y el cuerpo que ha de moverlo. Así es que siempre que por un accidente cualquiera carecen los huesos craneales de movilidad, la marcha es lenta, y necesita el organismo una mayor suma de fuerzas para empujar el feto. Este fenómeno puede comprobarlo cualquiera, sin más que tactar con cuidado durante las contracciones; si la movilidad existe, la progresion es evidente, si no la marcha se retarda. Me convence más de que en los casos de mayor volúmen fisiológico de la cabeza es esta el verdadero punto de vista de la difi-

cultad, el que por regla general la extension de los diámetros craneales en la mayor parte de los casos observados no llegaba á igualar los de la pélvis, mientras que en casi todos existia la osificacion prematura; y vice-versa he visto salir sin dificultad y hasta con rapidez cabezas muy grandes, cuyos diámetros se aproximaban mucho á los de la pélvis, pero en que la anchura de las fontanelas y movilidad consiguiente de los huesos eran verdaderamente extraordinarias.)

El diagnóstico de esta forma de distocia no puede hacerse antes del parto, y aun durante este se hace más bien por exclusion que directo. Cuando se vé que la cabeza del feto no adelanta, ni llega á encajar bien en el estrecho superior, á pesar de guardar una posicion regular y favorable, de estar dilatado el cuello uterino, ser de forma y dimensiones regulares la pélvis y tener suficiente fuerza las contracciones, entonces se deduce que la causa del retraso y tal vez suspension en la marcha del parto, depende del volúmen de la cabeza del feto. Más adelante, cuando esta llega á encajarse algo, pueden ya apreciarse por el exámen directo por el tacto algunos datos que confirmen el diagnóstico, como la coaptacion, que parece forzada, de la presentacion en el anillo pélvico, la extension de las superficies parietales, y sobre todo en la mayoría de casos la falta de movilidad de los huesos, y la exigüidad de las fontanelas á medio osificar. Tiene este diagnóstico caracteres parecidos al de las estrecheces pélvicas de menor grado, pero con más dificultades aun, por estar la region alterada completamente fuera del alcance de una exploracion exacta y eficaz. El pronóstico depende del grado de desproporcion entre los dos cuerpos.

En cuanto á las indicaciones que surgen del diagnóstico bien establecido de esta distocia, podemos referirnos á lo dicho para las estrecheces pélvicas. En último resultado, el problema es el mismo, solamente que están invertidos los términos, de modo que la indicacion es *suplir la desproporcion entre los dos factores*, y los medios para cumplirla los mismos que en aquel caso. Solamente que aquí raras veces llegará esa desproporcion al grado que representan las estrecheces de la pélvis en sus últimos grados, y por lo tanto no será necesario recurrir á medios extremos. Es muy comun que los solos esfuerzos de la naturaleza, basten á verificar el desprendimiento, de modo que entonces se reduce todo á alguna mayor duracion del parto, y un mayor cansancio de la madre; en otros casos es preciso recurrir al forceps,

á beneficio de cuya operacion se supera fácilmente la dificultad. Aquí es aplicable cuanto anteriormente digimos respecto á la version en los casos de estrechez.

Al lado de el exceso de volúmen de la cabeza, puramente fisiológico, encontramos el que es debido á enfermedades, entre las que figura en primer lugar *el hidrocefalo*.

Felizmente es poco frecuente la hidropesía de las meninges cerebrales durante la vida intra-uterina, observándose la mayor parte de los hidrocefalos desarrollarse durante el primer año despues del nacimiento. Algunas veces, sin embargo, tiene lugar estando aun encerrado el feto dentro del útero, y en tal caso puede llegar á adquirir proporciones enormes la cabeza fetal: en el caso de Wrisberg tenia la cabeza 27 centímetros de longitud, por 81 de circunferencia. Grave siempre esta enfermedad, ocasiona ordinariamente la muerte antes del nacimiento, y si por acaso nace vivo el niño, tiene muy pocas garantías de vida. Un hidrocefalo algo grande es una gravísima distocia, que aparte lo sério de las indicaciones que consigo lleva, tiene la gran dificultad de diagnosticarse. El primer fenómeno que llama la atencion, es como en los casos de exceso de volúmen fisiológico, la suspension de la marcha del parto, lo cual obliga ya á un reconocimiento detenido. Si el área que puede recorrer el dedo se encuentra ocupada, como es lo comun, por uno de los parietales, el tacto nada descubre, y es preciso introducir en la vagina toda la mano para recojer más fácilmente algunos datos. Entonces es posible alcanzar ya las fontanelas ó las suturas, y reconocer estas más anchas, blandas y percibiéndose en ellas al través de la piel y entre una y otra contraccion una fluctuacion sensible; una cosa parecida sucederá en las fontanelas, que se encontrarán tambien mas extensas; si llega á alcanzarse el hueso se podrá notar una movilidad anormal, efecto de los medios especiales, simplemente membranosos, que unen á unos huesos con otros. Nøgele señala un síntoma que conviene no dejar desapercibido, porque tiene verdadera importancia. Así como en los casos normales á cada contraccion se aproximan los bordes de los huesos, en los casos de hidrocefalo estos se separan, proyectándose entre ellos con alguna fuerza la elevacion formada por el liquido comprimido. Pero como la presentacion no desciende, y muchas veces ni siquiera llega á ponerse al alcance de la mano, quedan inapreciables todas estas circunstancias y oscuro el diagnóstico. Por otro lado es muy frecuente coincidir con esta anomalia una presentacion

de nalgas (1 vez por 5, segun Scanzoni), y entonces, desconocida por completo la anomalia antes de la expulsion del tronco, es aun más difícil al estar la cabeza en el estrecho superior.

Algunas veces el parto termina espontáneamente á pesar de la lesion de la cabeza; los autores citan hechos de evacuacion del líquido meningeo por las narices y el conducto auditivo á favor de las contracciones uterinas, pero lo más comun es que se detenga la cabeza en el estrecho superior hasta que se pase á la intervencion. Esta consiste en la aplicacion del forceps, cuando no es excesivo el derrame, ó en la puncion para evacuar el líquido, hecha con un trocar al través de una de las fontanelas ó de las suturas; bien diagnosticada la distocia es preferible hacer preceder siempre la puncion á la aplicacion del forceps. Cuando la presentacion es de tronco, es más difícil la puncion, siendo preciso perforar el occipital. Malgaigne llevó una vez un gancho agudo hasta una de las fontanelas, y así hizo la puncion; otros aconsejan practicar una abertura en el conducto raquideo, é introduciendo por este una sonda, llegar hasta la cavidad craniana.

Puede haber, aparte del hidrocéfalo, otras causas de aumento de la cabeza, principalmente tumores. Rarísima esta causa de distocia recordaremos, sin embargo, el caso de Vrolick, de un encefalócele de la region occipital, que exigió la craneotomía.

El cuerpo del feto puede presentar diferentes alteraciones morbosas que aumentan su volúmen. Dada su poca frecuencia, nos limitaremos á citarlas, y á indicar la manera general de proceder en ellas. El *hidrotorax*, la *ascitis*, la *distension de la vejiga urinaria*, producen el aumento notable de la cavidad torácica ó del abdómen; el primero algunas veces puede dar lugar á dificultades para la salida del tronco, y á que tenga que practicarse artificialmente. Los tumores formados por la *espina bifida*, los quistes de las regiones sacra y perineal (Stoltz), los *tumores del higado*, y los que resultan de una *inclusion parasitaria*, obran de diferente manera segun su naturaleza. Los que están formados por una coleccion de líquido, generalmente no oponen obstáculos á la progresion del feto; pasan delante de este, ó se rompen y evacuan; los tumores sólidos pueden comprometer ya la situacion de otra suerte, y obligar á excindirlos. En cuanto á la última que hemos citado, la inclusion parasitaria, y que consiste simplemente en un quiste que contiene los vestigios más ó menos completos y voluminosos de otro feto

desarrollado simultáneamente con el que vive, puede formar en algunas regiones un tumor bastante grande para impedir el paso del feto, en cuyo caso procederá probablemente practicar su excision.

En los casos de aumento exagerado del torax se hará la extraccion del feto manualmente, llevando los dedos á las axilas, y tratando de verificar el desprendimiento de los brazos para completar la extraccion. Si ni así pudiese conseguirse, está indicada la puncion del torax. Igual operacion debe practicarse en la ascitis muy grande, y por regla general en todas las colecciones líquidas que impiden la progresion del cuerpo del feto.

Figuran en este mismo grupo los fetos monstruosos. Respecto á esto no pueden darse mas que generalidades, puesto que toda la importancia de la distócia dependerá de la especie de monstruosidad. La mayor parte de ellas, aunque suponen para el feto una imposibilidad de vivir, no constituyen, sin embargo, obstáculo alguno al parto, siendo pocas relativamente las que se hallan en este último caso. Las adherencias de algunas partes del feto entre sí, la presencia de miembros suplementarios, ó de partes más ó menos completas de un feto incluido, las extrofias viscerales, casi son las únicas monstruosidades que exigirán la intervencion. Esta no puede fijarse *á priori*. Conocida la especie de que se trata, se reconocerá primero si puede ser tratada por los medios ordinarios de extraccion; caso de no ser posible, ó de ser estos insuficientes, se procederá, ya á la excision de las adherencias por medio del bisturí, ya á la embriotomía como último extremo.

2—**Fetos gemelos mal presentados ó unidos.**—En su capítulo correspondiente digimos ya que el parto de gemelos no era de por sí distócico, puesto que se reducía á dos partos sucesivos, realizado cada uno segun las leyes normales de esta funcion. Pueden empero suceder en esta situacion dos hechos distintos, ó bien en vez de presentarse sucesivamente, encajar los dos fetos á la vez, haciendo imposible la progresion de las dos presentaciones simultáneas, ó bien los dos hermanos se hallan unidos entre sí por adherencias ó bridas que hacen de los dos un solo cuerpo.

En el primer caso puede suceder que encajen las dos cabezas, que por el hecho de ser menos voluminosas que en los fetos únicos, encuentran cierta facilidad en descender á la vez hasta el estrecho superior. Se comprende desde luego, que por pequeñas

que sean, el paso de las dos á la vez por el estrecho superior es imposible, por lo cual quedan allí enclavadas como dos cuñas. El procedimiento en este caso, es el indicado por Chaylly, levantar y elevar hasta la fosa iliaca la cabeza que está más alta, y dejar que la otra encaje sola.

Pueden presentarse los dos fetos uno de cabeza y el otro de nalgas, disposicion frecuente, y suceder entonces, que habiendo salido el primero el que viene por los piés, la cabeza del segundo encaja, y descende en la excavacion, cuando la cabeza del otro se halla aun encima del estrecho superior, verificándose entonces una especie de enganchamiento de las dos cabezas que imposibilita en absoluto la marcha del parto. (Fig. 84.^a) Esta distocia se ha presentado diferentes veces en la práctica, y cada profesor la ha resuelto á su manera. Lachapelle, Fryer y Dugés, consiguieron la salida de las dos cabezas por medio de simples tracciones. Es verdad que eran muy poco voluminosas, sin embargo, los niños sucumbieron. Enaux aplicó el forceps á la cabeza del segundo feto, que es la más baja, haciendo levantar sobre el púbis de la madre por un ayudante, el cuerpo ya salido del primero. Balfour, en un caso en que los dos fetos se hallaban enganchados por las barbas, aplicó tambien el forceps sobre la cabeza accesible, haciendo tracciones al propio tiempo sobre el cuerpo que estaba fuera: este salió primero, seguido fácilmente del otro, ambos vivos. Eran de muy pequeño volúmen. Carriere siguió el mismo procedimiento que Enaux, extrayendo vivo el que sufrió la aplicacion del forceps, y saliendo el otro sin vida. Calise consiguió elevar la cabeza del segundo feto hasta por encima del estrecho superior, y completar la extraccion del que venia de nalgas. El segundo fué extraido inmediatamente por medio de la version. Finalmente, Etou no pudo desenredar las dos cabezas, y se vió precisado á practicar la detroncacion del feto, cuyo cuerpo habia salido primero, para poder pasar á la extraccion del segundo. Como se vé, la resolucion de la dificultad ocasionada por estas distocias depende de condiciones singulares, pero en la recopilacion de los procederres empleados, se pueden encontrar todos los medios aplicables á esta distocia.

Puede darse el caso de una presentacion de nalgas, con la otra de tronco. Sale aquel el primero, y la cabeza queda detenida en el estrecho superior por el cuerpo de su hermano. Baudelocque y Jacquemier, no pudieron vencer la dificultad, y las madres murieron sin realizar la expulsion de sus hijos. Se

comprenden las dificultades grandes de semejantes casos, y no es fácil determinar el procedimiento más oportuno. Bartscher, en un caso parecido, en que el primer feto salido por los pies,

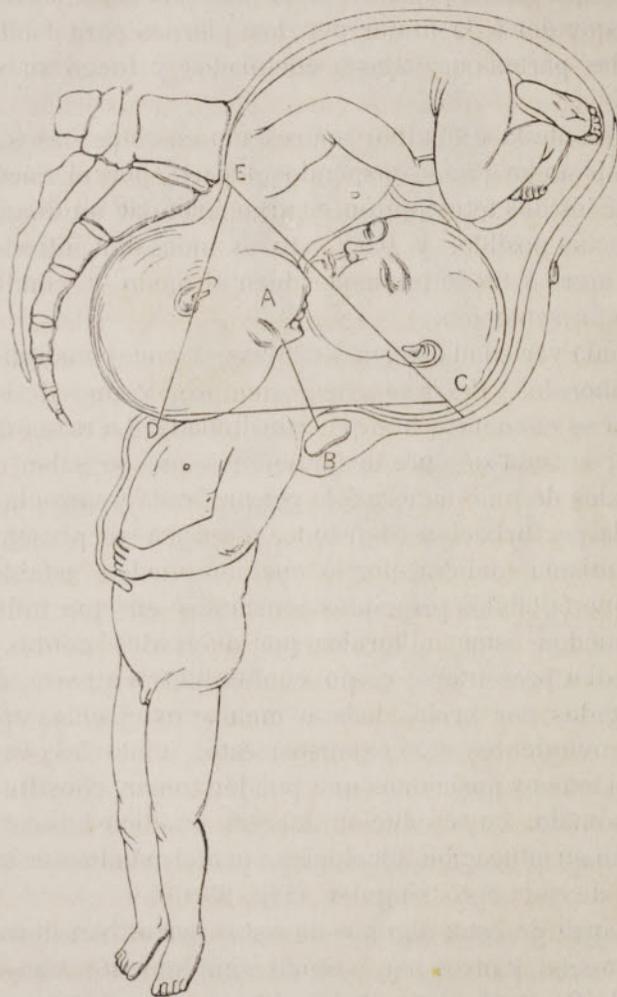


Fig. 84.^a—FETOS ENGANCHADOS EN EL ESTRECHO SUPERIOR POR LAS CABEZAS.—
E. D. C.—Triángulo representando la cuña que forman las dos cabezas.—
E. B.—Diámetro antero-posterior.—E. C.—Base de la cuña, mayor que aquel diámetro.

quedó como montado á caballo sobre el cuerpo de su hermano, pudo reducir los pies del primero, y hacer en seguida la version del segundo, con feliz éxito para ambos.

Finalmente, presentándose ambos fetos por los pies, pue-

den encajar luego las dos cabezas, produciéndose, aunque en diferente tiempo, la misma distocia que en dos presentaciones simultáneas de cabeza. En este caso se procura levantar una de las cabezas, y extraer la otra, ya sea manualmente ya con el forceps. Aquí tendria aplicacion el precepto especial hipocrático, de suspender á la mujer por las piernas para facilitar el acceso de las partes encajadas ó encuñadas y luego su extraccion sucesiva.

Generalmente la dificultad se presenta en estos casos, en el momento mismo en que se suspende el parto por el encaje simultáneo de los dos fetos; entonces urge formular un diagnóstico lo más preciso posible, y para esto es menester introducir la mano en el útero á fin de reconocer bien el modo y condiciones de la doble presentacion.

La segunda variedad de estas distocias, viene constituida por los fetos adheridos. Es caso grave siempre, y uno de los que en la ciencia se encuentra aun peor deslindado. La razon de ello es evidente; se trata siempre de fenómenos que se salen de las leyes naturales de una manera á la vez profunda y caprichosa, es decir, que la perturbacion es grande, y nunca se presenta dos veces de la misma manera, por lo cual no pueden establecerse reglas, ya que faltan los principios constantes en que fundarlas. Los fetos pueden estar adheridos por diferentes puntos de su cuerpo; pueden presentarse como confundidos en parte, ó solamente enlazados por bridas más ó menos extensibles que les permitan movimientos algo extensos: esto, unido á la variedad de presentaciones y posiciones que pueden tomar, constituye un conjunto anómalo, cuya solucion debe el práctico buscar en su ingénio, y en su educacion tocológica, conformándose á las circunstancias de cada caso singular. (Fig. 85.^a)

Sin embargo de esto, algunos de estos partos han terminado espontáneamente, y otros han exigido simplemente una operacion manual. Por regla general, la solucion, ya espontánea ya artificial, será tanto más fácil y de mejor éxito, cuanto que el punto de union de los dos hermanos esté por debajo del ombligo y sea más simple; en este caso es posible la salida sucesiva de los dos fetos, doblados sobre su plano anterior, y por lo tanto sin encajamiento de las dos cabezas. Al contrario, cuando la union corresponde á la mitad superior del cuerpo, las dificultades son grandes, principalmente porque no puede evitarse la salida simultánea de las dos cabezas. El diagnóstico de la distocia es difi-

cil, y solo por medio de la exploracion intra-uterina, puede hacerse cargo de la verdadera extraccion de los dos gemelos.

En cuanto á los procedimientos, repetiremos aquí lo dicho para el caso anterior. Debe variar la conducta del profesor segun



Fig. 85.^a—FETOS ADHERIDOS POR EL PLANO ABDOMINAL.—(Krieger.)

los casos, teniendo en cuenta que la confusion de partes pertenecientes á los dos fetos, puede afectar iguales formas que las indicadas para los gemelos libres, con la diferencia que aquí no cabrá la disyuncion, por la imposibilidad de separar los dos fetos. Alguna vez, sin embargo, ha sido posible vencer las dificultades, cortando con el bisturí el enlace que los unia. Es regla general que, cuando no hay posibilidad de terminar el parto y deba recurrirse á una operacion cruenta, debe en este caso sacrificarse siempre los fetos antes que la madre. Es acaso unánime la opinion que rechaza aquí la histerotomía.

3—**Anomalías de los anexos.**—La alteracion patológica absoluta de los anexos del feto produce la distocia de dos maneras

distintas: unas veces es bastante para impedir la progresion y salida del feto; otras veces esta verifica perfectamente su expulsion, pero no puede realizarse la de las secundinas. Para algunos esta última no constituiria distocia, pero para nosotros sí, puesto que es un período necesario del parto, y que de consiguiente afecta á este cuando se alteran las leyes normales de aquella expulsion.

Las anomalías ó alteraciones que formalizan esta distocia, pueden residir *en las membranas, en el cordón y en la placenta.*

Anomalías de las membranas.—Las membranas pueden ser demasiado consistentes, ó demasiado frágiles; en el primer caso retardan la marcha del parto, porque no se rompen á tiempo y dificultan los movimientos del feto. En alguna ocasion la bolsa amniótica llega á salir por la hendidura vulvar, y hasta á cubrir despues de expulsada la cabeza del feto. Aunque este obstáculo nunca es sério, es mejor abrir artificialmente las membranas en cuanto está completamente dilatado el cuello del útero y la presentacion encajada. Esta sencilla operacion se hace con la uña, con un perforador de ballena, ó con un trocar; cuando se usan instrumentos es preciso evitar el herir la parte del feto que está detrás de ella. El caso opuesto, es decir, la excesiva fragilidad, produce la ruptura prematura de la bolsa, y esta es una causa de retardo notable en el periodo de dilatacion. Bajo esta causa el parto es más lento y más doloroso, lo cual, aunque no tenga una importancia capital, debe sin embargo tenerse en cuenta para el pronóstico.

El líquido contenido en el amnios, puede estar en mayor cantidad de lo regular, y hasta exagerarse constituyendo la hidropesía del amnios (hidro-amnios). El diagnóstico de esta alteracion se hace en vista del volúmen extraordinario del vientre, acompañado de fluctuacion, con los caracteres que pueden distinguirla de la ascitis. La influencia de la hidropesía del amnios empieza á sentirse alterando la propiedad contractil de la matriz por la excesiva distension á que le sujeta. Alguna vez esta reacciona, y dá lugar á un parto prematuro; otras veces produce fenómenos generales por compresion sobre el hígado ó sobre los vasos abdominales, llegando á presentar la indicacion de provocar prematuramente el parto, para evitar la muerte de la madre. Cuando permite que llegue á realizarse el parto, es este muy lento, por la debilidad de las contracciones uterinas. En este caso, cuando la disminucion del dolor es sensible, y se vé que el parto se

interrumpe sériamente, está indicada la puncion de las membranas para evacuar parte del liquido que contienen. Por lo regular basta esto para que se formalicen y se desarrollen bien las contracciones; en caso de no ser suficientes se recurrirá como auxiliares, á los oxitócicos conocidos.

Anomalias del cordon umbilical.—El cordon puede ser más corto, por falta de desarrollo, ó accidentalmente acortado por los circulares que dá al rededor de determinadas partes del feto. El acortamiento natural del cordon pocas veces es tan graduado que llegue á imposibilitar el descenso del feto; sin embargo, se citan hechos de no tener el cordon mas que 20 y aun 10 centímetros, y hasta casos de falta completa de cordon, estando la placenta directamente adherida á la region umbilical del feto. Esta anomalia puede impedir la expulsion del feto; sin embargo, hay varios ejemplos de terminacion espontánea del parto á pesar de este acortamiento, habiendo sido arrastrada la placenta tras del feto. Supónese que en este caso es posible, no solo un arrancamiento súbito de la placenta, sino tambien una inversion del útero, cuando aquella resiste á la desinsercion. Estos casos, sin embargo, son excepcionales, y los ejemplos que se citan poco numerosos. El acortamiento accidental por circulares al rededor del feto, es un fenómeno frecuente. De ordinario esto no es un obstáculo sério al parto, ni lleva tampoco inconvenientes á la circulacion fetal: bajo la influencia de las contracciones el feto descende, y el cordon se vá alargando gracias á sus condiciones particulares y á su disposicion algo elástica. Hay, sin embargo, un momento en que este hecho retarda la marcha del parto de una manera poco favorable, y es cuando dá vueltas al rededor del cuello, y este se ha desprendido ó está desprendiéndose por la vulva; en este caso se aconseja deshacer los circulares dejando libre la cabeza para que se termine prontamente el parto.

El diagnóstico de la insuficiencia ó cortedad del cordon, no es posible verificarlo hasta que se desprende la cabeza, ó por lo menos hasta que hallándose ya en la excavacion, puede la mano alcanzar el cuello y reconocer en derredor del mismo el cordon arrollado. Todos los signos que se dan de este fenómeno, son meramente ilusorios.

Cuando por el tacto ha podido reconocerse la cortedad natural del cordon, y se vé que el parto no progresa, ó que peligra un arrancamiento, es preciso cortarlo tan pronto como esté al

alcance de la mano, aplicando inmediatamente una ligadura, ó comprimiendo con los dedos el extremo fetal, si aquello no fuese posible, hasta que completada la expulsión pueda hacerse la ligadura definitiva.

Anomalías de la placenta.—Las anomalías de que puede ser asiento la placenta, se traducen regularmente por dificultades ó irregularidades en el cuarto período del parto, pudiendo resultar una imposibilidad de completarse este á pesar de haberse realizado sin obstáculos la expulsión del infante. Las alteraciones resultantes en la marcha del trabajo en este período, pueden referirse á cada uno de los dos tiempos en que lo dividimos, así podemos dividir las distocias relativas á la placenta, en unas propias del desprendimiento, y otras de la expulsión.

a—*No desprendimiento de la placenta.*—En los casos ordinarios la placenta se desprende de la superficie uterina á medida que las contracciones adelantan, y disminuye de volúmen el útero (V. pág. 303), de suerte que al terminar la expulsión del feto, la placenta está casi totalmente desprendida, y bastan luego muy pocas contracciones para terminar rápidamente la desimplantación y la expulsión. Pero en otros casos no se verifica así, y la placenta permanece unida al útero á despecho de las contracciones de este, por lo que se ha llamado adherencia anormal. Esas adherencias son unas veces parciales, ó limitadas á regiones más ó menos aisladas de la superficie placentaria, otras son totales, de modo que no queda porción ninguna libre. En el primer caso suele complicarse esta distocia con la hemorragia, en el segundo no se vé esta complicación; la diferencia se comprende recordando las relaciones de la placenta con la mucosa uterina, y la manera como quedan desgarrados los senos cuando se separa la placenta; como por otro lado la presencia de este órgano impide la retracción uterina, quedan al descubierto los vasos rotos, y la pérdida de sangre es inevitable por las partes á que corresponde la desimplantación. Todo esto no sucede en los casos de adherencia total. Háse discutido la naturaleza de esas adherencias, atribuidas por los autores ya á la inflamación, ó las degeneraciones laminosa y cretácea, ya á la transformación celular de la capa epitelial, ó bien á la transformación de los coágulos sanguíneos depositados entre las dos superficies, en placas fibrinosas. Todas estas opiniones no pasan de hipótesis difíciles de demostrar y algunas, como la de la placentitis, y la transformación del epitelio, juzgadas incompatibles con la vida del feto,

por razon de los trastornos que hubiesen producido en la nutricion. Lo probable es, que en la mayor parte de casos, sea debida simplemente á una exajeracion de los medios normales de union entre el útero y la placenta, y que en muy pocas existe una verdadera alteracion anat6mica de los tejidos.

El resultado inmediato de estas adherencias es la falta de complemento del parto por retencion de la placenta, y luego una s6rie de fen6menos que pueden llegar á ser muy graves. Desde luego la matriz sufre contracciones como espasm6dicas, tanto m6s dolorosas cuanto que son ineficaces; luego si la adherencia es parcial, se establece una hemorragia, que á medida que la matriz se fatiga y disminuyen sus contracciones, se hace m6s intensa, convirti6ndose en verdadera metrorragia, alguna vez mortal. Puede no suceder esto, pero retenida indefinidamente la placenta, contraerse y cerrarse el orificio uterino, conserv6ndose encerrado aquel cuerpo extraño, y abocado á todos los peligros de la descomposicion pútrida.

El diagn6stico de la adherencia placentaria no puede ser formulado mas que en el periodo de alumbramiento, reconoci6ndose entonces porque, á pesar de continuar las contracciones uterinas, de hallarse dilatado el cuello y nada espasm6dizado el segmento inferior, y de hacerse tracciones bastante en6rgicas en el cord6n, la placenta no desciende. Adem6s cuando se verifican estas tracciones, se causa un dolor vivo, lancinante en un punto determinado del útero. La presencia de la hemorragia indica que la adherencia es parcial; sin embargo, puede tener esta circunstancia sin que aparezca la sangre, ya porque queda esta retenida en el útero, ya porque sean suficientemente en6rgicas las contracciones para cohibirla. El diagn6stico exacto del punto preciso, extension y naturaleza de la adherencia, solo puede hacerse cuando se introduce la mano en el útero, dispuesta ya para operar.

El tratamiento de esta distocia viene representado por dos sistemas: el *m6todo pasivo* y el *m6todo activo*. Algunos autores sostuvieron, y sostienen aun que no debe emprenderse nada para terminar el alumbramiento, que la naturaleza har6 espont6neamente, de una manera lenta, aunque tenga que emplear para ello muchos d6as 6 muchas semanas. Otros, al contrario, han propuesto que siempre que hayan trascurrido dos 6 tres horas de la salida del ni6o, y el alumbramiento no se ha conseguido favoreci6ndolo con los medios ordinarios, debe procederse á la des-implantacion y extraccion artificial, aun cuando ningun accidente

grave amenace á la madre. La experiencia ha dado la razon al *método activo*, cuyos resultados son más favorables, pero de una manera asombrosa. Además, teniendo en cuenta que la operacion es tanto más fácil y más eficaz cuanto menos se retarda, es regla no dejar discurrir mucho tiempo, desde el momento en que el práctico se convence de que no debe esperar resultado positivo de las contracciones uterinas, ni de las tracciones practicadas sobre el cordón umbilical.

Dada pues la existencia evidente de la adherencia, es preciso pasar á la operacion de la desimplantacion (V. para el manual operatorio, la parte siguiente). Algunos autores han propuesto, antes de pasar á la operacion manual, el dar inyecciones de agua caliente por la vena umbilical, con lo cual se proponen activar y completar el desprendimiento natural. Este procedimiento ha dado buenos resultados en manos de Stoltz, Hatin y otros, pero muchas veces tiene que concluirse por practicar la extraccion. Esta necesita hacerse con suma prudencia para no dislacerar la matriz, sobre todo en los casos de adherencia completa.

b—*Falta de expulsion de la placenta.*—Puede darse el caso de que la placenta se haya desprendido completamente de la superficie úterina, pero que no se verifique el tiempo de su expulsion, quedando retenida dentro del útero. La causa de esta retencion varía: unas veces es simplemente el volúmen excesivo de la masa placentaria, otras consiste en la insuficiencia ó irregularidad de las contracciones uterinas, otras, finalmente, en una direccion viciosa del eje uterino, lo cual produce á su vez una mala direccion de los esfuerzos expulsivos. El aumento de volúmen de la placenta, se debe más comunmente á la cantidad de coágulos que encierra en el saco que forman las membranas invertidas, que á la misma sustancia placentaria. El hecho se reconoce fácilmente por el tacto, y la dificultad se resuelve fácilmente, ya haciendo tracciones fuertes sobre el cordón, ya mejor llevando dos dedos hasta el cuello uterino, y engancho con ellos la sustancia placentaria para tirar de una manera directa fuera del útero.

La direccion viciosa de las contracciones uterinas, enlazada ó no con una desviacion del eje del útero, empuja la masa placentaria fuera de la zona del cuello, y de consiguiente es retenida contra el segmento inferior en vez de ser echada á la vagina. La contraccion excesiva cierra el orificio interno, y entonces queda la placenta como prisionera. En algunas ocasiones esta contraccion espasmódica no reside en las fibras del cuello,

sino más arriba, produciéndose una especie de estrangulación, ó cuello accidental en la parte media del útero, el cual afecta una forma parecida á una calabaza ó á un reloj de arena, quedando su cavidad dividida en dos. Si la placenta queda encerrada, como es lo más frecuente, en la cavidad superior, toma el nombre de *enquistamiento ó engatillamiento*. Si la placenta á su vez no se encuentra totalmente encerrada en la cavidad superior, sino que parte de ella queda libre en la cavidad inferior, el enquistamiento se llama *parcial ó incompleto*. La causa de este fenómeno reside principalmente en la matriz, representando una alteracion de su contractilidad, mejor que un vicio de conformacion de la misma, como habia pretendido Peu.

La retencion de la placenta, determina muchas veces los mismos síntomas que la adherencia, si bien la hemorragia no suele ser muy intensa, supuesto que el estado espasmódico del útero se opone á ella. Sin embargo, ese estado no suele ser duradero; cuando se trata de una retencion por excesivo volúmen de la placenta, la intervencion pronta la resuelve; si depende de anomalias de la contractilidad, cesan estas sin dificultad, con tal que se obre con la prudencia que el caso exige.

El diagnóstico de la retencion es fácil; por un lado la inspeccion y exploracion exterior acusan la forma anómala de la matriz, y por otro el tacto vaginal descubrirá en unos casos el cuello flácido dilatado, con la placenta detrás de él, empujado por las contracciones, lo cual indica la simple retencion por volúmen excesivo; ó en otro caso reconocerá el anillo duro y resistente que forman las fibras contraídas espasmódicamente, sin llegar á alcanzar la placenta que está muy alta, á menos que el enquistamiento sea incompleto, en cuyo caso alcanzará la porcion libre. Datos todos que bien apreciados fundan perfectamente el diagnóstico.

Este estado se presenta por todas las causas capaces de producir irregularidad en las contracciones uterinas.

El tratamiento de esta distocia varía segun haya ó no hemorragia. Si esta no se ha presentado, es prudente la espectacion, sujetando á la enferma á un reposo absoluto y un plan lijaramente antiespasmódico, como cuando se trata de corregir cualquiera otro estado morboso de la contractilidad uterina. Si se pasa mucho tiempo, debe practicarse el alumbramiento artificial, operacion que debe hacerse inmediatamente y sin espectacion de ningun género, cuando el enquistamiento va acompañado de

hemorragia. El procedimiento será el mismo que para los casos de adherencia, solamente que en vez de tener que destruir los medios de union de las dos superficies bastará cojer la placenta y llevarla al exterior, pero tendrá que preceder á esta la distocia más ó menos forzada del anillo de contraccion que algunas veces opone séria resistencia.

La placenta excesivamente voluminosa ya hemos dicho que se extrae fácilmente introduciendo la mano en la matriz, para lo cual no encuentra obstáculos, y la desviacion del eje uterino se corrige enderezando el útero por medio de una compresion metódica, y la evacuacion del líquido de la vejiga urinaria, causa muchas veces de la desviacion.

V.

DISTOCIAS RELATIVAS.—1—Presentaciones y posiciones viciosas.—2—Procidencias y elevaciones de los miembros y del cordon.

Digimos en las generalidades sobre las distocias, que podian las aberraciones de las leyes de lugar no ser absolutas, ó representadas por alteraciones anatómicas, sino debidas á una falta de correspondencia entre los dos fetos del parto, alterándose la ley que fija la manera y forma como las partes del uno y otro deben coincidir para que pueda realizarse bien el parto. Entrarán, pues, en esta categoría todos aquellos casos en que la relacion mútua de la totalidad del feto, respecto á la pélvis, ó de alguna parte de aquel con regiones de esta, imposibilite la marcha natural del trabajo. En este sentido podemos admitir dos grupos comprendidos en el órden de las distocias relativas: 1.º las presentaciones y posiciones viciosas; 2.º la mala colocacion ó actitud de los miembros del feto y del cordon, que constituyen las llamadas procidencias y elevaciones.

1—Presentaciones y posiciones viciosas.—Hay una presentacion que siempre es distócica. La progresion natural del feto en el parto, solo puede realizarse cuando se presenta en el estrecho superior alguno de los extremos del ovoide fetal, cabeza ó pélvis; si este ovoide presenta su eje mayor trasversal, lo cual supone presentacion de uno de sus planos laterales, el parto natural no puede tener lugar, sino excepcionalmente, porque las condiciones del hecho son opuestas á la ley fundamental. Las presentaciones de tronco son pues siempre distócicas. Alguna

vez termina el parto naturalmente por uno de los dos mecanismos de que dimos cuenta al hablar en general de estas presentaciones (pág. 295); pero tanto si se realiza la version espontánea, como la evolucion espontánea, debemos considerarlas como felices excepciones favorecidas por circunstancias especiales del caso, que bastan para hacerlo algo anómalo.

Como todo cuanto se refiere á detalles de esta presentacion queda ya expuesto, solo diremos aqui que la intervencion es la regla, y que una vez diagnosticada la presentacion de tronco, no debe esperarse que la naturaleza resuelva el problema, hecho contingente, sino que debe resolverlo el arte practicando una de las operaciones indicadas para este fin. Estas operaciones son las diversas versiones, realizadas por varios procedimientos, pero que cualesquiera que estos sean, llevan siempre el mismo fin, *restablecimiento de las relaciones naturales entre los dos factores del parto exigidas por la ley fundamental de esta funcion.*

La presentacion de vértice, con ser la más natural y la más simple, presenta sin embargo alguna variedad que es tambien distócica; las llamadas variedades irregulares, que admitimos en número de tres, una frontal, y dos laterales ó inclinadas. La variedad frontal no podemos decir en rigor que constituya distocia, porque la lijera extension de la cabeza que supone esa irregularidad, no cambia de tal suerte la relacion de los diámetros, que no pueda terminar espontáneamente el parto. Esto aparte de que es la irregularidad que más fácilmente se reduce, ya volviendo á la presentacion franca de vértice de la cual procede, ya convirtiéndose en presentacion de cara por complemento de la extension. No sucede empero así con las presentaciones laterales, las cuales impiden el encajamiento de la cabeza, si no son reducidas á tiempo, natural ó artificialmente. Las presentaciones inclinadas de vértice son muy raras: cuando se observan, encuéntrase en el área del estrecho superior la region tèmporoparietal, en vez de la bregmática, y la parte más fácilmente reconocible en el centro de dicha área es el pabellon de la oreja. Es posible que el primer grado de esta irregularidad, que puede considerarse como un movimiento dirigido á cambiar la presentacion de vértice en transversal, pase desapercibido, porque al dividirse la bolsa amniótica, las contracciones uterinas obrando sobre la cabeza rectifican su situacion, y se verifica espontáneamente lo que se llama reduccion de la presentacion. Pero si en

vez de suceder esto, la inclinacion se exagera, entonces el vértice viene á apoyarse sobre el borde del estrecho superior, la cabeza se inclina hasta llegar á tocar el hombro del lado de la inclinacion, mientras el hombro opuesto se apoya á su vez sobre el punto del estrecho superior correspondiente á la otra extremidad del diámetro que ocupa el vértice. (V. fig. 44.^a, pág. 270.) En esta disposicion la cabeza no puede descender, porque es imposible el encaje simultáneo de la cabeza y el hombro en el estrecho superior.

El diagnóstico de esta variedad es fácil, pues los puntos de referencia son muy aseguibles al tacto.

Aunque en muchos casos se rectifica la presentacion, la regla general es intervenir. Si la cabeza no está muy encajada, se verifica fácilmente la rectificacion con la mano, por el procedimiento general de movilizacion de la cabeza, que en su capítulo explicaremos, y que es aplicable á todos los casos en que conviene cambiar las relaciones que la cabeza guarde con la pélvis. Si no es posible la rectificacion por ningun procedimiento de los conocidos, la operacion indicada es la version podálica, á beneficio de la cual se cambia la presentacion irregular en una de nalgas. Se ha aconsejado por algunos la rectificacion de la cabeza por medio de la palanca, ó de una rama de forceps obrando como esta, pero creemos preferible y más eficaz como regla general la version.

Las presentaciones inclinadas de cara dan lugar á una distocia parecida á las de igual nombre de vértice. Pero la Ciencia no registra hechos de esa irregularidad de presentacion, excepto en la variedad de frente, que es propia á la vez de la cara y del vértice, por lo cual se considera en general como teórica. En caso de presentarse alguna de esas inclinaciones laterales, y no se rectificase espontáneamente, la operacion indicada seria la version.

En las posiciones por sí solas no encontramos causa de distocia. Sin embargo, consideradas con relacion al mecanismo del parto, pueden dar lugar á algunas dificultades. Se encuentran en este caso las posiciones *occipito-posteriores* de la presentacion de vértice, y las *fronto-anteriores* de la presentacion de cara. Las primeras son solo *accidentalmente* distócicas, puesto que puede con ellas terminar naturalmente el parto; las segundas son *constantemente* distócicas, pues es imposible, persistiendo, que se realice la expulsion de la cabeza. El hecho es, sin embargo, que

esas posiciones se rectifican naturalmente durante el mecanismo del parto, habiendo en este un tiempo, el de rotacion interna, que no tiene otro objeto que llevar á su punto correspondiente la parte de la cabeza que debe desprenderse por debajo del arco del púbis. Solamente cuando este tiempo no se verifica   se desarrolla de una manera viciosa, es cuando la distocia se establece, por cuya razon corresponde esta   las alteraciones del mecanismo, y en esta parte las estudiaremos.

2—**Procidencias y elevaciones de los miembros.**—Al encajarse la cabeza en el estrecho superior, puede hacerlo con ella una mano   un pi , á cuyo fenómeno se llama procidencia. La salida pr via de los miembros inferiores es la regla en las presentaciones de nalgas, y es tambien un hecho casi constante la de uno de los brazos en las de tronco, de modo que únicamente puede la procidencia constituir por *si sola* una distocia cuando se verifica con una presentacion de la cabeza. De ordinario la procidencia de un brazo   de una mano al lado de la cabeza en una pélvis bien constituida y un parto regular no se opone á su marcha, y la distocia por lo tanto no se establece,   menos que con la mano salga el cordon umbilical, lo cual es ya distinto, y exige siempre una intervencion activa. La procidencia de los brazos constituye un caso más grave; poco frecuente ciertamente, impide de tal suerte, cuando se presenta, la progresion de la cabeza, que en ella la intervencion es la ley para impedir una mayor complicacion. La procidencia de los piés se considera de mayor gravedad, ya por la dificultad de la reduccion, ya por oponerse fuertemente al descenso de la cabeza. Cuando hay una verdadera confusion de miembros, presentándose   la vez los superiores y los inferiores, en términos   veces que es imposible comprender de qué manera haya podido realizarse, la gravedad sube de punto, y casi todos los maestros citan en sus obras hechos de esta naturaleza, en que toda intervencion ha sido ineficaz, y la distocia ha tenido un desenlace fatal. (Cazeaux, Doherty.)

El diagnóstico de las procidencias no es difícil. La mano del tocólogo encuentra junto   la cabeza una mano   un pi , y, no puede haber duda ya acerca el género de complicacion de que se trata.

En cuanto á las indicaciones que hay que cumplir, ya hemos dicho que cuando procide una sola mano al lado de la cabeza, puede en rigor dejarse, porque de ordinario no estorba   la marcha del parto. Sin embargo, muchos autores aconsejan in-

tentar siempre la reduccion, lo cual no puede demorarse cuando junto con el brazo procide el cordon. Cuando es más de uno el miembro escapado, es tambien de ley intentar la reduccion. La reduccion de los miembros, si el cuello está dilatado y la cabeza poco encajada, no es dificil, pero sí lo es el mantenerlos en situacion, para impedir que se repita, lo cual no se consigue sino cuando la cabeza llega ya á la excavacion. En los casos en que toda tentativa de reduccion es imposible, y los miembros han detenido la cabeza, deben intentarse otras operaciones: algunos han acudido al *forceps*, otros han practicado la version; en otros casos no ha sido posible ni uno ni otro, y la mujer ha fallecido sin completarse el parto.

Como caso opuesto á las procidencias, hay *las elevaciones de los miembros*. Estas tienen lugar en las presentaciones de nalgas, ya naturales ó primitivas, ya artificiales ó consecutivas á la version podálica, cuando los brazos en vez de permanecer junto al tronco lo abandonan, quedan encima del estrecho superior cuando el tronco ha pasado á la excavacion, y allí se colocan al lado de la cabeza, uno solo, ó ambos uno á cada lado, segun que la elevacion es simple ó doble. (V. fig. 58.^a, pág. 300.) La causa de esta distocia, es muchas veces la precipitacion del operador en hacer tracciones, por esto es más frecuente despues de la version, ó en las maniobras de traccion forzada por los piés. La gravedad del caso puede ser mucha, si desconociendo la situacion se deja encajar completamente la cabeza y hasta se favorece con la traccion manual, haciendo luego imposible la reduccion de los brazos por el enclavamiento de la cabeza.

La regla de intervencion consiste, en cuanto se reconoce la elevacion, suspender todo género de tracciones, y pasar á desprender los miembros, empezando siempre por el que corresponde á la region sacra. La maniobra no es dificil, pues solo consiste en cojer el miembro con la mano, lo más cerca de la articulacion húmero-cubital, doblarlo en el sentido de esta articulacion y pasando por delante de la cara llevarlo al plano anterior del feto.

Más grave es la elevacion de los brazos por detrás de la cabeza, á cuyo punto va á parar uno ó ambos brazos, colocándose en la nuca, cuando despues de haberse elevado el miembro se comunica al feto un movimiento de rotacion, al que aquellos no siguen. El brazo puede llegar á la nuca de dos maneras distintas; *de abajo arriba*, cuando se verifica la rotacion antes de elevarse el brazo; este colocado en su posicion natural no sigue al

tronco en el movimiento de rotacion que se le imprime y queda colocado detrás del tronco; luego al verificar la extraccion queda detenido encima del púbis, y allí le encuentra la parte posterior de la cabeza cuando se hace la extraccion. *De arriba abajo*; el brazo préviamente elevado al lado de la cabeza por la maniobra de la version, queda detenido por el púbis, y al verificarse la rotacion pasa á ocupar la region de la nuca, recorriendo de arriba abajo la region occipital. Este cruzamiento es una de las distocias más graves, y que más imperiosamente exige la intervencion.

El brazo pues debe ser reducido, llevándolo desde el sitio que ocupa al plano anterior del feto, mas esto debe hacerse deshaciendo el camino que recorrió el miembro, y de consiguiente en unos casos de abajo arriba, subiendo el brazo por la region occipital, y haciéndolo bajar por delante de la cara; en otros de arriba abajo recorriendo la region escapular y costal para llevarlo delante del pecho.

Simpson cita un caso irregular de cruzamiento posterior del brazo izquierdo en una presentacion de vértice. Aunque pudo desprenderlos, tuvo necesidad, sin embargo, de practicar la version para terminar el parto. (V. cap. Operaciones manuales.)

3—Procidencias del cordon.—La procidencia del cordon es un fenómeno que se observa con alguna frecuencia, y que casi siempre reconoce por causa la falta de adaptacion exacta entre la presentacion y el orificio uterino; queda un espacio libre, y la oleada de líquido amniótico que sale por él arrastra el cordon y lo lleva fuera de la matriz delante, ó al lado de la region que se presenta. Por esto se vé con frecuencia en los vicios de conformacion de la pélvis, en las presentaciones de tronco, en los partos de gemelos, etc., y la facilitan notablemente las procidencias de los miembros, lo mismo que la introduccion de la mano ó de instrumentos dentro de la matriz.

El diagnóstico de la procidencia del cordon es muy fácil despues de rotas las membranas. Mientras estas se hallan íntegras puede tambien reconocerse, pues al través de la bolsa se toca perfectamente una asa, que se reconoce por su volúmen, por su disposicion y sobre todo por los latidos de las arterias, isócronos con los ruidos del corazon del feto. El peligro que entraña consigo la procidencia del cordon consiste en la compresion que sufre entre la pélvis y la cabeza, la cual puede ocasionar la suspension de la circulacion placentaria y sucesivamente la asfixia

y la muerte del feto. En las presentaciones de nalgas, existe siempre una procidencia natural; el cordon al ir del ombligo á la placenta ha de atravesar el estrecho superior ocupado por la cabeza, y en este punto sufre una compresion que explica lo peligroso de estas presentaciones, si no se verifica con cierta rapidez el tiempo de expulsion de la cabeza.

En los casos de procidencia accidental, en cualquier presentacion, lo primero que debe hacer el tocólogo es cerciorarse de si el feto vive. En caso negativo evidenciado por la falta de latidos del corazon, y no, como algunos suponen, por el aspecto lánguido y marchito del cordon si está al alcance de la vista, ni aun por sus latidos, que pueden faltar por algunos momentos, puede prescindirse de toda intervencion, puesto que el parto se completará á pesar de la salida intempestiva del cordon, que solo afecta á la salud del niño. Mas si este vive, es preciso obrar pronto intentando la reduccion, por los procedimientos á propósito cuando sea posible, como por ejemplo en las presentaciones de vértice, y si esto no fuese posible, apresurando la terminacion del parto por medio de la version ó de la aplicacion del forceps, segun fuese la presentacion del feto, y el momento de la marcha del trabajo.

CAPÍTULO III.

Aberracion de las leyes de mecanismo.

I.

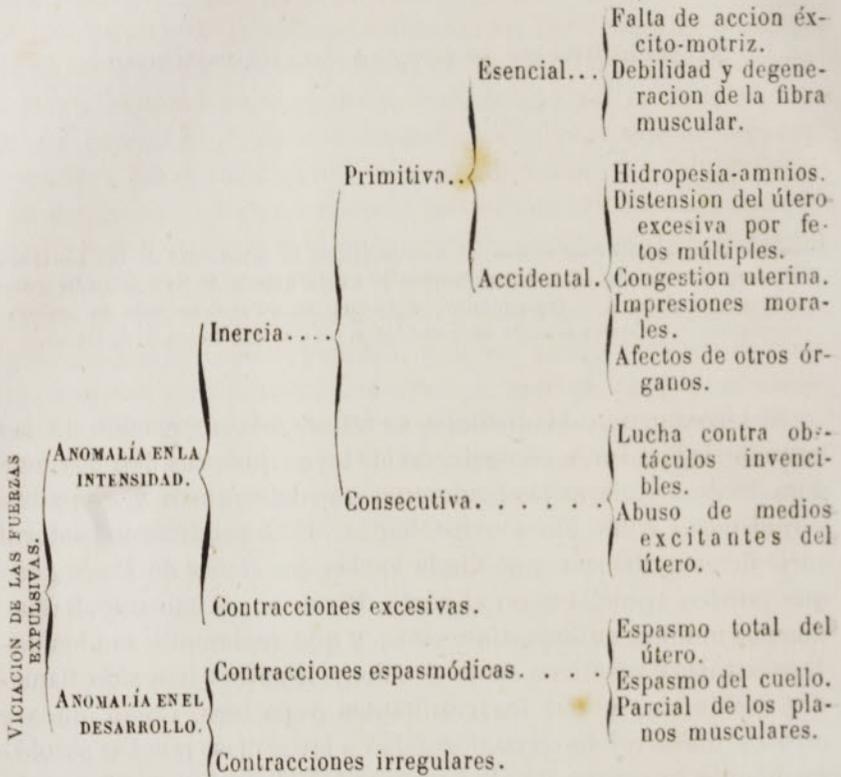
Anomalías de la contractilidad uterina.—1 Anomalías en la *intensidad* de las contracciones.—A Inercia.—Inercia primitiva y consecutiva.—B Exceso en la contraccion. Etiología y tratamiento.—2 Anomalías en el *desarrollo* de las contracciones.—A Contracciones espasmódicas.—B Contracciones irregulares.

El tercer grupo de distocias se refiere á la aberracion de las leyes de mecanismo, es decir, de las leyes que presiden á la manera de desarrollarse los fenómenos que determinan y constituyen el parto como funcion fisiológica. Una subdivision natural surge de esta distocia y se funda en las dos clases de fenómenos que pueden apreciarse en el parto. Unos son, y han sido llamados por muchos autores *dinámicos*, y que realmente son los determinantes ó efectivos de la funcion; los otros han sido llamados *mecánicos*, y son los resultantes ó pasivos. Como unos y otros se desarrollan en conformidad á leyes fijas, pueden patológicamente separarse de ellas y constituir distocias que formarán por lo tanto una especie relativa á *las contracciones uterinas* y otra á *los movimientos realizados por el feto*.

VICIACION DE LAS FUERZAS EXPULSIVAS.—La anomalía de la contractilidad uterina constituye una verdadera *viciacion de las fuerzas*. En órden á la produccion de estas apreciamos dos condiciones; condicion de *intensidad* ó *fuerza*, y condicion de *desarrollo*, ó manera de desplegarse aquella. Ahora bien, supuesto que para cumplir su objeto la contraccion uterina ha de desarrollar una cantidad determinada de fuerza, y la ha de desarrollar de una manera determinada, la viciacion no será igual segun afecte á una ó á otra de dichas condiciones, y dará para los vicios de contractilidad, unos en que tenga exceso ó defecto de

fuerza; otras en que haya un mal desarrollo de la misma sin afectar directamente á su cantidad. La clasificacion viene comprendida en el adjunto cuadro:

Clasificacion de los vicios en la fuerza expulsiva.



I—ANOMALIAS EN LA INTENSIDAD DE LAS FUERZAS.—A—

Inercia.—La *intensidad* de las contracciones puede estar alterada por defecto y por exceso. El defecto de intensidad, constituye la *inercia uterina*. Empecemos por consignar que esa viciacion en las contracciones no puede calificarse como hecho absoluto; la inercia, como no se trate del grado máximo en que no existe ni sombra de contraccion, es siempre relativa, y esto por razones sumamente fáciles de comprender. La contraccion uterina es la potencia activa del parto; como á tal ha de desarrollar una cantidad de fuerza proporcionada al movimiento que debe producir y á las resistencias que hay que vencer. El movimiento es siempre el mismo, pero las resistencias varían en cada individuo (tonicidad del cuello, dimensiones de los estrechos, volú-

men de la cabeza fetal, etc.), y por lo tanto la potencia deberá ser muy distinta en cada caso. Así una fuerza como á 10 será suficiente, cuando las resistencias que hay que vencer no lleguen á representar esa cifra, pero esta misma fuerza de 10 la calificaremos de insuficiente cuando se opone sola á una resistencia como á 15. Así podremos definir la inercia uterina, «aquel estado anómalo de las contracciones uterinas, en virtud del cual desarrollan una fuerza insuficiente para terminar el parto.» Establecemos esta definicion, é insistimos particularmente en su significacion, porque estamos acostumbrados á oír llamar insuficientes alguna vez las contracciones, que solamente son poco dolorosas y algo tardías, y vice-versa, llamar excesivas á otras, cuya intensidad, grande verdaderamente, y que representa algunos kilogramos más que los que ordinariamente desarrolla el músculo uterino, es proporcionada á la resistencia que se le opone, y lejos de complicar favorece la marcha del parto. ¿Deberán llamarse excesivas las contracciones uterinas que se desarrollan en un caso de estrechez pélvica de primer grado, gracias á las cuales se vence aquel obstáculo y el parto se termina? No: y no solamente esto, sino que podrán llamarse insuficientes, si no pueden vencer la distocia pélvica que se les opone. ¿Deberá calificarse de inercia uterina, esa languidez del trabajo, en una mujer de poco medro, á beneficio del cual adelanta el parto y termina felizmente? No, aunque en la totalidad resulte más largo, pero realmente no ha habido alteracion ninguna en el mecanismo regular de la funcion.

Aceptada la inercia en el verdadero sentido fisiológico de la palabra, podemos verla presentarse de diferentes maneras: en unos casos, desde que el parto comenzó, hasta el momento en que somos llamados á estudiar los hechos, las contracciones uterinas han sido débiles, en términos que á pesar del mucho tiempo que ha trascurrido, no ha adelantado la progresion de los fenómenos consecutivos ó mecánicos. En otros casos, las contracciones han seguido al principio la marcha ascendente que caracteriza el trabajo normal; es decir, que á medida que el tiempo transcurre, han sido aquellas más intensas y más frecuentes, salvo las ligeras oscilaciones en más ó en menos que forman á menudo una pequeña variante del tipo comun; pero de repente han tomado una direccion inversa, disminuyendo su fuerza, y presentándose cada vez más desproporcionadas al estado de desarrollo del trabajo; en otros, finalmente, desarrollándose regularmente

hasta cierto momento, cesan de repente, para ser sustituidas ó bien por un estado de tonicidad del músculo, ó por un estado de relajacion absoluta. Del exámen de estos detalles ha procedido la division en contracciones simples, demasiado débiles, demasiado cortas, ó demasiado separadas unas de otras, segun se vé más alterada la intensidad, la duracion ó la intermitencia. De aquí tambien ha procedido la division de la inercia en grados, difícil de fundar bien, por lo mismo que hemos dicho que no se trata de una cosa absoluta sino relativa, y esos grados deberán ser siempre convencionales. Los mencionaremos, sin embargo, siquiera como division generalmente admitida por los prácticos. En el primer grado, llamado pereza, ó *paresia* uterina, se contrae la matriz, pero de una manera lenta, en términos que discurre mucho tiempo de una á otra contraccion, y la duracion de esta es poca. El resultado es un trabajo excesivamente largo, con todas las consecuencias para la madre, resultantes de esta prolongacion, frecuente en las mujeres de edad algo avanzada, en las endebles, y no tiene verdadera importancia distócica, mas que cuando se sostiene hasta el último período. Fuera de esto, y en su lugar diremos por qué, ni merece entrar en la verdadera acepcion de inercia. En el segundo grado, los dolores son incompletos, poco intensos desde el principio, y en vez de aumentar á medida que progresa el parto, se hacen cada vez más débiles, y no siguen adelante los fenómenos pasivos, constituyendo la *atonía uterina*. En el tercer grado, *parálisis uterina*, se observa la exageracion del grado anterior hasta la supresion completa de las contracciones, la relajacion muscular y la suspension del trabajo del parto.

Cuando los fenómenos que hemos citado sobrevienen en el primer período del trabajo, y antes de romperse la bolsa amniótica, tienen poca importancia; respecto al feto, porque este nada sufre de la prolongacion del parto, mientras están íntegras las membranas; respecto á la madre, porque la suspension de los dolores le permite el descanso, y puede rehacerse del único resultado directo de un trabajo largo, que es el desvanecimiento de sus fuerzas. Sin embargo, esto no debe tomarse en sentido tan absoluto, que se crea que nunca perjudica á la madre la excesiva duracion del parto en el primer período. Es verdad que, como los dolores no son intensos, la hacen sufrir poco, y si se hallan separados por una larga intermitencia le permiten algun sueño que, aunque lijero, es reparador, pero el estado moral

se pervierte; la falta de adelanto en el parto la hace entrar en aprension, empieza á desarrollarse un eretismo nervioso de mala indole, al cual puede seguir, y de ello he sido testigo, una série de accidentes patológicos, que empezando por el simple desmayo, terminen en la eclampsia simple. Aunque esto no sea frecuente, es menester tenerlo en cuenta para procurar prevenirlo.

No sucede ya así, cuando la inercia sobreviene en el periodo de expulsion, ó al fin del de dilatacion, cuando se ha roto la bolsa y empieza á encajarse la cabeza del feto. Las compresiones son permanentes, los dolores extrinsecos debidos á esas compresiones persisten aunque se suspenda la contraccion, el estado general de la madre presenta los caracteres de una gran excitacion, con frecuencia de pulso, vómitos y á veces delirio. Por otro lado, la cabeza del feto, encajada en la excavacion, comprime contra la pélvis las partes blandas que la rodean, facilitando los esfacelos con todas sus consecuencias. El feto no permanece tampoco indiferente: aunque la circulacion no se encuentre alterada mientras no venga un estado de contraccion permanente ó espásmo dica del útero, sin embargo, las compresiones directas que sufre alteran su organizacion, y pueden afectarle profundamente. Hé aquí la verdadera importancia práctica de esta distocia en el segundo periodo.

Si se trata del tercero, la gravedad aumenta aun. Dese un grado cualquiera de inercia en el periodo de alumbramiento, y la resultante inmediata es una hemorragia, tanto más difícil de dominar cuanto sea más pronunciada la suspension de los dolores. Como la placenta se ha desimplantado ya en una mayor ó menor extension durante el segundo periodo, quedan despues de la salida del feto una porcion de senos al descubierto, los cuales, lo mismo que el resto de la region útero-placentaria, deben cerrarse y de consiguiente contienen la salida de sangre, por medio de la contraccion activa de los planos musculares uterinos, en especial de la túnica media: ahora bien, si esta contraccion falta en aquel momento, nada contiene la sangre, y esa pérdida, tan positiva y tan trascendental, será tanto más abundante, y de consiguiente más fatal, cuanto se tarde en restablecerse la contraccion uterina.

Hé aquí cómo la importancia fisiológica y práctica de la inercia, en todos sus grados, crece á medida que se presenta en un momento más adelantado del trabajo del parto; nocion pronóstica que debemos tener muy presente al tratar de la terapéutica de esta distocia.

Una de las partes que más conviene estudiar en la inercia es la génesis, bajo cuyo punto de vista tiene una importancia especial. Segun proceda de una ó de otra causa, segun se desarrolle bajo la influencia de estados ajenos al parto, ó dentro de las condiciones mismas del parto, representa, sobre todo en el terreno clinico, muy distintos objetos de estudio. En este sentido, dividiremos la inercia, primero en dos grandes variedades: Inercia primitiva y consecutiva.

a—*Inercia primitiva*.—En esta variedad la inercia existe por sí misma, y se debe á condiciones órgano-dinámicas, independientes del trabajo del parto. Las causas que la producen son muchas y podemos agruparlas en dos órdenes; *causas esenciales* y *accidentales*.

La primera de las causas esenciales es la insuficiencia ó la falta de la *accion éxito-motriz*. Esto constituye la verdadera inercia esencial, en el sentido de estar la causa unida á la misma razon de ser fisica de la contraccion. Parte de una perversion de la inervacion motora, y sea que la atribuyamos á una lesion central del sistema nervioso, sea que la supongamos limitada á los nervios distribuidos por el útero, la verdad es que nos explica perfectamente la mayor parte de las inercias primitivas que observamos, sin que hecho ninguno accidental nos dé razon de la anomalia. Más aun, muchas causas accidentales solo pueden obrar produciendo primero la alteracion de la irritacion nerviosa, y de consiguiente la falta de accion éxito-motriz, de modo que aun en estos casos, viene esta á representar la verdadera causa de la inercia. Las impresiones morales, los dolores de órganos próximos, la congestion, obran por medio de la incitacion nerviosa.

Otra causa esencial es la *debilidad propia de la fibra uterina*. Congénita, ó adquirida como legado de enfermedades depauperantes, tiene la particularidad de tomar fácilmente carácter permanente, y presentarse en una mujer en cada uno de sus partos. Anatómicamente se caracteriza la lesion de la fibra en unos casos por una simple atrofia de la misma; puédesse observarla delgada, descolorida, y poco compactos los haces, y el conjunto formado por la matriz dá á la exploracion un órgano más delgado y menos resistente de lo regular; en otros casos viene caracterizada por una degeneracion adiposa de la fibra, lo cual dá á esta un aspecto especial, pero no afecta á la totalidad del órgano, que se presenta de volúmen, resistencia y densidad nor-

males. Sin embargo, las contracciones son débiles, deficientes, como que falta en realidad materia contractil, aun cuando las demás condiciones, inclusa la incitacion nerviosa se hallen en estado normal. Coincide este estado á veces con una debilidad general del organismo; pero ordinariamente es local é independiente de los estados generales en que se encuentre la mujer.

Las *causas accidentales* se refieren de ordinario á una influencia inmediata sobre el útero de parte de su contenido, ó á estados patológicos, cuyo efecto inmediato es producir una alteracion de la contractilidad. Encontramos en primer lugar la distension excesiva del útero, ocasionada, bien por la presencia de fetos múltiples, bien por el exceso de liquido amniótico, que constituye la hidropesía del amnios. Una y otra causa obran de la misma manera, es decir, distendiendo las paredes del útero, de la cual debe resultar una alteracion de la fibra, parecida á la que se vé en las distocias esenciales por adelgazamiento de la misma. Aunque primitiva es accidental, porque depende de una causa especial no unida á las condiciones anatómicas del órgano.

Citase como causa accidental la *congestion uterina*, concomitante á una plétora general. Y decimos esto porque la congestion uterina aislada, ó como le llaman otros, plétora localizada, es uno de estos estados patológicos que la ciencia moderna rechaza, por falta de pruebas de todo órden que lo justifiquen. No así con la congestion más ó menos graduada que forma parte del cortejo de la plétora verdadera general. Este estado patológico, aunque poco frecuente en el embarazo, existe sin embargo algunas veces, especialmente entre las mujeres cuyas condiciones orgánicas y sociales, las ponen en disposicion de ser exceptuadas de la ley general que establece durante el embarazo un estado orgánico opuesto. En tales casos es indudable que la mayor cantidad de sangre que circula por el útero ha de influir en la manera como actúen los filetes nerviosos, aparte de la accion total hipostenizante de la plétora sobre los centros nerviosos, lo cual puede dar como resultante una inercia, que de ordinario no se gradúa mucho, y se mantiene en el primer grado.

Las impresiones morales vivas, son causas accidentales de notable influencia sobre la intensidad de las contracciones. Algunas veces la aumentan, pero lo mas comun es que produzcan la inercia. Se cuentan principalmente en esta categoria las emociones deprimentes, como el miedo, la inquietud, la sospecha

de que termine mal el parto, ó la expectativa de una operacion. Algunas veces la presencia de una persona que no se quiere basta para disminuir la intensidad de las contracciones, y yo he visto más de una vez, suspenderse completamente los dolores al ver la mujer entrar en el cuarto destinado á parir algunos alumnos encargados de la observacion. Además de esto, casi siempre hemos visto tambien sobrevenir repentinamente la inercia al anunciarle á una mujer que iba á ser operada.

Los afectos ó lesiones de algunos órganos, se consideran como causa accidental de inercia. Podemos mencionar, porque los hemos visto comprobados en la práctica, la irritacion gástrica, las neuralgias, sobre todo esplágnicas, la distension notable de la vejiga y del recto, etc.

Todas estas causas, ya esenciales, ya accidentales, producen la *inercia primitiva*, en la cual veremos siempre en último resultado, una alteracion mediata ó inmediata de las condiciones órgano-dinámicas que presiden al desarrollo de la contractilidad del útero. Veremos más adelante, que algunas de las causas mencionadas pueden producir irregularidad ó alteracion, no solo en la intensidad, sino en la sucesion y progresion de las contracciones. Esto prueba que esas dos condiciones se hallan íntimamente enlazadas por las leyes funcionales del organismo.

b—*Inercia consecutiva*.—Esta segunda variedad de la inercia no se presenta desde el principio del parto, sino en el curso del mismo, y es motivada por el hecho mismo del parto que actúa fatalmente sobre la actividad funcional del útero. Encontramos en este grupo dos variedades de causas; en la primera se trata de obstáculos efectivos á la marcha del parto, contra los cuales lucha obstinadamente la fuerza contractil, hasta que cae en el cansancio y en la inercia; en la segunda se trata de este cansancio y desfallecimiento, pero no debido á obstáculos mecánicos, sino á un abuso de fuerza obtenido por medios artificiales.

Los obstáculos contra los que tiene que luchar la potencia uterina, fuera de la marcha regular, y que representan casos excepcionales ó patológicos, son las oblicuidades del útero, la resistencia espasmódica del cuello y de la vulva y periné; las estrecheces pélvicas; el exceso de volúmen del feto y las presentaciones viciosas. Dado uno de estos obstáculos, la resistencia que hay que vencer para obtener el movimiento previsto, aumenta, y si las condiciones orgánicas son favorables, responde á ello una multiplicacion proporcionada de la potencia. Las contracciones,

pues, se hacen cada vez más enérgicas, para llegar á dominar la resistencia, pero si esta no cede, si es más poderosa que la potencia, sucede lo que á todo esfuerzo orgánico, que sobreviene el colapso, y bajo la influencia de este cansancio, se establece la inercia. Generalmente ese esfuerzo, que podríamos llamar desesperado, del útero, levanta una reaccion general notable; la agitación, la elevacion de la temperatura y del pulso, los vómitos, etcétera, son el cortejo del periodo de esfuerzo; pero de igual manera acompaña al colapso uterino, un decaimiento general, la mujer desfallece, sufre repetidos síncope y tal vez delirio. Es posible que despues de algun tiempo de calma y suspension de los dolores, estos reaparezcan con nueva fuerza, y venzan el obstáculo, si es de los vencibles; pero es muy comun verlos por segunda vez ineficaces, y hacerse necesaria la intervencion. Esta no puede recusarse nunca cuando se trata de obstáculos que jamás puede espontáneamente dominar la naturaleza, tales son las presentaciones viciosas, y la falta de relacion entre la cabeza del feto y el anillo pélvico. Convencidos de que esto existe, debe obrar el arte, antes que la naturaleza sucumba á la exageracion de sus esfuerzos.

En otra variedad de esta misma inercia consecutiva encontramos la producida por el uso de medios que excitan la matriz. En primer lugar existen los esfuerzos prematuros de expulsion, en este período del trabajo en que no puede por ningun estilo ser eficaz la contraccion voluntaria, y principalmente el uso de los medios llamados embólicos, ú oxytócicos, es decir, que favorecen las contracciones uterinas. El principal de estos medios es el cornezuelo de centeno, cuyo uso mal entendido, produce primero un exceso en la contraccion, y luego una supresion de esta, que viene á ser sustituida por un estado de tonicidad permanente y dolorosa, y por lo tanto ineficáz para la marcha del parto.—En segundo lugar citan algunos autores la inercia debida á una hemorragia. Sin negar que esta produce á veces la suspension de los dolores, la verdad es que cuando no es intensa no llega á dar tan grave resultado.

Tanto en la inercia primitiva, como en la consecutiva, debemos hacer notar el hecho, que no siempre la suspension de la contraccion, va seguida de una relajacion completa del útero. Unas veces queda un estado de tension suave, no dolorosa, distinto del de completa relajacion que se observa las más de las veces; otras, por último, es sustituida la contraccion por un esta-

do de tonicidad dolorosa, constituyendo lo que se ha llamado *tétanos uterino*, estado que debe referirse á la forma siguiente de anomalías de la contractilidad, es decir, á la espasmódica.

El diagnóstico de la inercia en sus diversos grados y manifestaciones, no siempre se plantea con igual facilidad. Desde luego es menester fijar si se trata de una verdadera inercia, tal como la hemos comprendido al principio de este capítulo, ó simplemente de uno de esos estados de poca intensidad de fuerza, relativa al modo de ser del organismo de aquel individuo, porque ya hemos dicho que esto último tiene poca importancia. La regla general para distinguir un estado de otro, es ver si progresa el parto, dentro del periodo en que se encuentra, en cuyo caso, aunque lo haga lentamente, no se tratará de una insuficiencia distócica, sino simplemente de una debilidad relacionada con las condiciones individuales. Esto, sin embargo, tiene una excepcion al tratarse de la insuficiencia en el último periodo, en el que es siempre distócica la falta de actividad de las contracciones, por las razones ya expresadas. Formulada la noción de inercia, es menester fijar tambien la causa de la misma, precisamente porque para la aplicacion del tratamiento, es preciso partir del conocimiento de la causa, siendo aquí más que en ninguna parte, atendible con preferencia la indicacion terapéutica causal.

El pronóstico varía muchísimo, segun los casos. El más grave por razon de la causa, es el que se refiere á la inercia consecutiva, al esfuerzo realizado contra obstáculos insuperables; sigue á este en gravedad, la consecutiva á tratamientos absurdos ó maniobras mal practicadas, y luego la inercia primitiva por causa accidental. Por razon del periodo en que sobreviene, la inercia más grave es la del periodo del alumbramiento, por las consecuencias gravísimas de la hemorragia á ella consecutiva, y luego la del periodo de expulsion que deja la cabeza del feto detenida en la excavacion: esta gravedad sube de punto si la cabeza viene detrás, por ser entonces muy inminente la muerte del feto. En todo caso la gravedad de la inercia puede modificarse segun las condiciones particulares de cada individuo, que prestarán mayor ó menor garantía á los medios empleados para combatirla.

Tratamiento de la inercia.—Tratar la inercia uterina no es más que emplear los medios para activar las contracciones que se hallan como adormecidas ó suspendidas, medios que serán poderosos para este fin ó dejarán de serlo, segun sean elegidos conforme á lo que exige la índole de la inercia.