

Antes de entrar á detallar estos medios de accion que tenemos sobre la contractilidad uterina, creemos conveniente reproducir los cuatro principios generales que Nøgele establece como fundamentales para bien juzgar un tratamiento, y que dificilmente se darán otros más prácticos, y que en menos espacio encierren más sana doctrina:

1.º Es preciso ante una inercia uterina, indagar ante todo si se trata de una ineficacia de los dolores expulsivos, ó de la existencia de un obstáculo invencible; es decir, ver si la marcha del parto viene interrumpida por la deficiencia de la potencia, ó por exceso de la resistencia. La falta de este precepto conduce á abusar de medios embólicos, cuando en realidad no se necesita aumentar la contraccion.

2.º Dada realmente la existencia de una debilidad en las contracciones, buscar la causa de esta anomalía. Siempre es necesario esto para fundar bien la terapéutica, pero lo es mucho más cuando se trata de causas accidentales de la inercia, procedentes de estados morbosos, en cuyo caso una intervencion activa que aumentase las contracciones, cuando estas son en realidad proporcionadas á la resistencia de los órganos, produciria resultados funestos.

3.º Al fijar las indicaciones que surjen del conocimiento de una inercia, es preciso recordar que, no solamente debe ser expulsado el feto, sino tambien la placenta, y que la demasiada celeridad en la expulsion del primero perjudica á la última.

4.º Establecida la necesidad de activar las contracciones, debe darse la preferencia á los medios sencillos sobre los complicados ó enérgicos; solo cuando no bastan los medios higiénicos debe recurrirse á los terapéuticos, y entre estos se acudirá primero á los medios de accion dinámica, guardando para el último recurso los medios operatorios.

A esto debemos añadir, y formará un precepto de no poca importancia práctica, que ante este género de distocias debe poseer el médico la virtud de *saber esperar*. Por regla general no hay que tener prisa, pues son pocos los casos en que urje la intervencion, y estos son bien marcados. Mientras las membranas no se rompan, la inercia significa muy poco; es verdad que el trabajo se prolonga, pero como la mujer no sufre mucho, nada pierde, y el feto tampoco corre peligro. Es muy comun que unas fuerzas débiles, deficientes durante todo el primer período, se hacen enérgicas despues de la division de las membranas sin haber em-

pleado para ello medio alguno. En otras ocasiones un parto lento en extremo por insuficiencia de los dolores, se cambia completamente, despues que esta misma inercia ha permitido á la mujer un sueño reparador. Es, pues, preciso saber esperar, y no accionar que no esté bien definida la indicacion. Este consejo deben sobre todo tenerlo muy presente los jóvenes, en quienes es más difícil encontrar la calma y serenidad que esas situaciones requieren.

Ya determinada la indicacion, se procederá, segun las causas. En la inercia primitiva por causa esencial, mientras no adquiere un grado de completa paralización, puede vencerse por simples medios higiénicos. La posicion oportuna, el cambio de esta misma cuando ocasiona cansancio, el uso de alimentos apropiados que sostengan sus fuerzas, sin hacerse indigestos, las bebidas refrescantes, la distraccion de su espíritu, todo esto contribuye á regularizar la marcha del trabajo y vence los primeros grados de inercia. Cuando empero esta llega á los últimos grados y se encuentra ya el parto en su segundo período, conviene acudir á otros medios, y principalmente á los llamados *embólicos* ú *oxytócicos*, por atribuirseles una accion efectiva sobre la fibra uterina, cuyas contracciones activan. Puede usarse como estimulante de la contraccion, antes de acudir á los medicamentos, algunos medios mecánicos, cuya buena accion la experiencia comprueba, como el calor aplicado sobre el abdómen, ó las fricciones sobre la misma region con linimento volátil, bálsamo de Opodeldoch ó simplemente con una franela seca, el taponamiento vaginal y el chorro uterino repetido con alguna frecuencia. Los primeros medios pueden emplearse sin dificultad en todo caso; en cuanto al taponamiento y al chorro uterino envuelven cierta gravedad que hace no sean aplicables mas que en casos extremos.

Ya establecida la necesidad de activar la contraccion uterina, se planteará la medicacion oxytócica, dando la preferencia entre los medios que la representan al cornezuelo de centeno, con las salvedades y precauciones de que más adelante nos ocupamos. (V. cap. Terapéutica farmacológica.) (1)

En la inercia por causas accidentales conviene atender á estas si es posible. Cuando se trate de la distension del útero, se

(1) Hemos reunido en un capítulo al frente de las operaciones tocológicas todo lo que se refiere á la medicacion farmacológica, á fin de poder tratar holgadamente algunas cuestiones importantes sobre la accion de ciertos medicamentos. En dicho capítulo se encontrará todo lo referente al cornezuelo y á su administracion, como medio oxytócico.

podrá acudir á la causa si esta es la excesiva cantidad del líquido amniótico, punzando las membranas y dando salida á las aguas; si se debe á la presencia de fetos múltiples, solo podrá acudirse al cornezuelo en el último período, pues en los demás debe esperarse todo de los solos esfuerzos naturales. Las impresiones morales se combatirán con medios de la propia indole, y de consiguiente del orden de los higiénicos. Si existe realmente un estado pletórico bien comprobado, con sintomas locales de congestion uterina, (vientre dolorido, resecacion en la vajina y cuello del útero, retencion de orina, pecho lento y lleno, ó al contrario febril con aparato general, y de gasticismo), entonces está indicada una evacuacion sanguínea general, que nunca debe ser muy grande. Antes de llegar á ella acostumbramos prescribir un baño general tibio, y frecuentemente hemos visto seguir á él una actividad de las contracciones bastante para determinar el parto. Cuando se trata de la inercia sostenida por enfermedades de otros órganos ó aparatos, es preciso acudir á ellas preferentemente.

La inercia consecutiva es muchas veces invencible, por ejemplo en todos aquellos casos en que el cansancio uterino procede de la resistencia de un obstáculo imposible de franquear. En estos casos no debe aguardarse nunca á que llegue la extrema fatiga; una vez convencidos de que una presentacion ó posicion viciosa, una desproporcion entre la cabeza y los estrechos, la procidencia de un miembro, etc., es lo que se opone á la progresion del feto, debe pasarse inmediatamente á la operacion. Antes hemos dicho que es preciso saber esperar, aquí diremos que es necesario *saber obrar*, y en cuanto se esté convencido de que la operacion indicada es factible, debe practicarse, porque entonces es más importante la distocia de lugar que la de mecanismo, y deben rectificarse aquellas aberraciones que son las causales de la distocia por inercia.

Las operaciones tocológicas, no solo son aplicables á la inercia consecutiva, sino tambien á la primitiva, cuando han fracasado todos los medios empleados para vencerla. Entonces, y desde el momento en que, de la prolongacion del trabajo resulta un peligro para la madre ó para el feto, es preciso pasar á la extraccion manual de este, en la forma, y segun los procedimientos que se estudiarán en su parte correspondiente. Cuando se trata de inercia por degeneracion de la fibra uterina, ó por enfermedades orgánicas del mismo útero, en cuyo caso toda tentativa para acti-

var las contracciones por los medicamentos embólicos, perjudicaría á su integridad, debe tambien procederse á la extraccion manual, practicando la operacion con el cuidado y las precauciones que exige el estado patológico del útero.

B.—**Contracciones excesivas.**—En oposicion á la alteracion que acabamos de describir, existe el caso opuesto, constituido por un exceso de energía en la contraccion. Aquí debemos tener en cuenta lo mismo que hemos dicho anteriormente respecto á la inercia, y es que el grado de intensidad de esta fuerza debe considerarse con relacion al obstáculo que hay que franquear, ó sea en proporcion al movimiento que debe producir. Considerándolo así, llamaremos excesivas las contracciones que refiriéndose á un parto normal y á unas partes anatómicamente bien constituidas, y por lo tanto sin obstáculos que á él se opongan, son sin embargo muy intensas, y por lo mismo muy dolorosas. El resultado suele ser en tales casos una marcha acelerada del parto, una mayor rapidéz que hace termine en poco tiempo la funcion fisiológica, lo cual parece debe ser ventajoso; sin embargo, no deja de haber sus peligros, y uno de ellos es que, no estando las partes blandas inferiores suficientemente preparadas, pueden romperse, como alguna vez acontece. Por otro lado es indudable que el exceso de dolor agobia á la enferma y puede llegar á producir el síncope, y al propio tiempo puede resentirse la integridad de la circulacion fetal, de esa continuada accion contractil del útero. Debe contarse empero con que esto dura muy poco tiempo en los casos normales, y por lo mismo no se prolonga el peligro. Este existe solamente y pudiera traer consecuencias funestas, cuando hay un obstáculo efectivo á la salida del feto, y sin embargo siguen enérgicas las contracciones. El efecto de esto se echa de ver notablemente, cuando despues de evacuado el líquido amniótico, la contraccion se hace exagerada y permanente; la superficie del útero se aplica fuertemente contra el cuerpo del feto, y hace imposible toda maniobra.

Para combatir esas exageraciones de la contractilidad tiene la terapéutica un medio poderoso en el opio, que se administra ordinariamente en forma de tintura (Láudano de Sydenham) y preferentemente por el recto, en enemas de 15 á 20 gramos de líquido, que contengan 10 gotas de láudano. Mas esto lo hacemos en los casos en que por cualquier circunstancia se haga peligrosa la intensidad de las fuerzas expulsivas, no en los partos normales. (V. Cap. Medicacion anestésica.)

2. ANOMALIAS EN EL DESARROLLO DE LAS FUERZAS EXPULSIVAS.

—La anomalía en la manera de desarrollarse las contracciones uterinas, ha sido también llamada *direccion anormal de los dolores*, y en realidad parece que depende de una falta de coordinacion de los elementos dinámicos de estas fuerzas. Podemos considerarlos de dos maneras; en la primera, la contraccion se presenta desproporcionada, de suerte que se parecen á las contracciones excesivas por lo intenso y verdadero del dolor, y sin embargo, el parto no progresa, ya se trate del período de dilatacion, ya del de expulsion, el dolor rara vez es intermitente, sino persistente y localizado, dando por resultado una imposibilidad de dilatarse el cuello, ó una contraccion activa y espasmódica de este, ó la formacion á diferentes alturas del útero de coartaciones espasmódicas, especie de anillos ó cuellos accidentales que son un obstáculo insuperable en la marcha del parto. A estas se llaman *contracciones espasmódicas*. En otros casos la anomalía en el desarrollo de la fuerza se manifiesta por una desigualdad entre unas y otras contracciones, respecto á intensidad, duracion y sucesion, por efecto de la contraccion parcial de algunos planos musculares aislados, y que aunque intermitentes, no adelantan el trabajo, que resulta entonces penoso, poco eficaz y de aspecto altamente irregular. Llámense entonces *contracciones irregulares*.

A—Contracciones espasmódicas.—Las contracciones espasmódicas presentan caracteres muy distintos segun la época en que se presentan. Durante los dos primeros períodos del parto se suelen observar muy á menudo, aunque en pequeño grado, y alternan con las contracciones naturales: cuando se exageran, toman cuerpo sucesivamente y acaban por sustituir á las regulares, desaparecen los intervalos de descanso, y una contraccion continua, permanente, altamente dolorosa, pero que no produce movimiento ninguno en el feto, se establece definitivamente, se hace dolorosa la matriz al tacto, se propaga el dolor á las regiones sacro-lumbar é inguinal, y es posible que algunos síntomas generales reflejos acompañen al estado local. Esta anomalía, cuando se limita á una zona ó region del útero, se llama *estric-tura ó extrangulacion*, cuando abraza todo el útero en masa se llama *tétanos uterino*.

El espasmo rara vez es general, sino parcial, limitado á zonas que pueden perfectamente resolverse por el exámen manual. Para comprenderlas bien, pueden dividirse en contracciones espasmódicas del cuerpo y del cuello.

a—*Contracciones espasmódicas del cuerpo.*—Aparte los casos de espasmo general que ya hemos dicho constituyen el tétanos uterino, lo regular es que se presente en la zona marcada por la union del cuerpo con el cuello, ó digase en el segmento inferior; preséntase tambien en el segmento medio, y entonces toma el útero la forma de una calabaza. Lo primero se vé principalmente en el período de expulsion, cuando parte del feto ha abandonado la cavidad: entonces puede observarse esta porcion extrangulada, cojer una parte estrecha del cuerpo del feto, como la cintura en las presentaciones de vértice y nalgas, ó el cuello en las de pélvis, quedando retenida la cabeza. Si entonces se introduce la mano, puede reconocerse perfectamente la parte coartada, que forma un anillo duro, resistente y muy doloroso. Si este estrechamiento fuese tan elevado que no pudiese reconocerse por el tacto vaginal, ni estuviese tampoco cerca del fondo para poder apreciarse por la palpacion, puede dar lugar á dudas en el diagnóstico, por no saber á qué causa es debida la suspension de la marcha del parto, que algunas veces ha sido atribuida á adherencias anormales, otras á obstáculos en la pélvis, etcétera. En todo caso, el carácter especial que reviste el dolor, deberá tenerse muy presente como dato significativo para el diagnóstico. La segunda forma, es decir, el espasmo hácia la mitad del cuerpo del útero, aunque se vé tambien en el período de expulsion, se observa á menudo en el de alumbramiento, en el que produce la retencion de la placenta, conocida con el nombre de engatillamiento. En uno y otro caso constituye la contraccion espasmódica un accidente sério, porque retiene mucho la marcha del parto y tal vez exija alguna operacion manual para terminarlo; pero el más grave de ellos es cuando se verifica el estrechamiento al rededor del cuello del feto en una presentacion de nalgas, despues que el tronco ha salido; pues entonces peligra mucho la vida del niño, si rápidamente no se trata de modificar la situacion de las cosas.

b—*Espasmo del cuello.* Este puede presentarse en el período de dilatacion, en el de expulsion y en el de alumbramiento. En el primer período constituye una resistencia poderosa á la dilatacion, pues parece que contraresta eficazmente el esfuerzo del resto del órgano para dilatarle. Muchos fisiólogos han creido que ese espasmo es completamente idéntico á la rigidéz, ó exceso de tonicidad del útero en su region cervical, que es la que imposibilita la dilatacion. Esta aseveracion es tanto más aceptable,

cuanto que la única diferencia que puede establecerse entre el espasmo y la rigidez del cuello es el dolor que acompaña al primero de una manera más viva y persistente. Por lo demás, el resultado es idéntico en ambos casos, por lo que se refiere á la progresion del parto. No debemos creer tampoco que la resistencia espasmódica ó tónica, esté simplemente limitada á las fibras del cuello; segun todas las probabilidades, participan de ella las fibras trasversales del segmento inferior, y en prueba de esto, que cuando se explora por medio del tacto, no solamente se encuentra el cuello formando un anillo resistente, duro, y como cortante, sino que se encuentra algo separado de la superficie de la presentacion, sostenida un poco más arriba por un estado parecido de las fibras que suceden á las del cuello.

Fuera del período de dilatacion, la contraccion del cuello se hace ya activa por otro estilo, no es rigidez, y por lo tanto no debe referirse á la tonicidad, sino á la contractilidad desarrollada espasmódicamente. Los efectos sobre la marcha del parto, son los mismos que en las coartaciones del cuerpo; puede coger cualquier region del cuerpo del feto, pero más frecuentemente las regiones estrechas, (cuello, cintura), en cuyo caso urge siempre hacer la extraccion manual, que no suele ser difícil, á pesar de la fuerza que representa la parte del útero espasmodizada.

Despues de la expulsion del feto, puede suceder lo mismo con la placenta, produciéndose un enquistamiento de la misma dentro la matriz, por oclusion espasmódica del cuello. Es este uno de los casos más frecuentes en la práctica, y que vemos tambien á menudo resolverse espontáneamente; despues de algunas horas de contraccion espasmódica, cede esta, y la placenta sale. No hay inconveniente en esperar algun tiempo este resultado, porque el estado de contraccion se opone á la hemorragia, pero si se prolongase mucho, deberá procederse al alumbramiento artificial, conforme exige el caso.

c—*Espasmo parcial de algunos planos musculares.*—En algunos casos se observa que la matriz se contrae enérgicamente en alguno de los planos anatómicos que en la misma hemos estudiado, sin que los restantes sigan este movimiento, de lo cual resultan unos dolores muy intensos, pero una verdadera suspension en la marcha del parto. La region que más comunmente se espasmodiza es la region posterior, en cuyo caso no solo se irregulariza la marcha del parto, sino que contribuye aquella contraccion parcial á la elevacion del cuello hácia el pro-

monitorio, produciendo esa exageracion de la anteversion que tan á menudo se presenta en la práctica. En otras ocasiones son las fibras que constituyen el fondo del útero las que se hacen espasmódicas, contribuyendo á una irregularidad especial del parto, que es muy dolorosa y en que la presentacion del feto no descende. Las contracciones parciales espasmódicas pueden ser *continuas é intermitentes*. En el primer caso constituyen una variedad del llamado *tétanos uterino*, cede frecuentemente por sí solo, y todo lo más exige el tratamiento anti-espasmódico y calmante propio de todas estas aberraciones; en el segundo caso suelen alternar con las contracciones regulares, y es una de las causas del trabajo lento y doloroso de las primíparas. Se trata también por la medicacion especial calmante.

B—Contracciones irregulares.—Para nosotros las contracciones irregulares, no son más que una variedad de las espasmódicas, caracterizadas principalmente por el carácter intermitente que tienen así como aquellas son permanentes, y á poderse referir á menudo la causa de la irregularidad, á la contraccion desigual de los diversos planos musculares. Cuando la irregularidad recae solo sobre el ritmo, tenemos esta forma de trabajo, que podemos llamar caprichosa, en que tan pronto son intensos los dolores y se suceden ordenadamente, como aparecen lentos y deficientes; durante algun tiempo se suceden con una rapidéz que apenas deja entre uno y otro algunos segundos de descanso, y luego se prolonga indefinidamente ese periodo. El resultado en estos casos no es grave, aunque alguna vez se ven terminar por la inercia. Cuando la irregularidad se refiere á los elementos de la contraccion, podemos comprobar el hecho por el tacto, observando, por ejemplo, que en una contraccion activa, fuertemente dolorosa y apreciable por la palpacion abdominal, permanece el cuello inerte, ó se dilata tan poco, que apenas es perceptible; en otros se observa la contraccion limitada á un lado del útero; el dolor que en aquella region siente la parturienta es insoportable, y la palpacion y el tacto pueden reconocer la mitad ó solo un segmento del útero endurecido y contraído, mientras el resto permanece blando é impasible, llegando en ocasiones, hasta producir una lijera torsion del órgano. He tenido ocasion de observar ya algunas veces una forma singular de esta irregularidad; al final del periodo de dilatacion, se sucedian una tras otra contracciones del fondo del útero muy intensas, cuyo dolor hacia

sufrir atrozmente á la paciente, pero la mitad inferior del útero, no tomaba en ello parte, y se observaba el fenómeno de permanecer el cuello flácido, muy dilatado, é insensible, y la cabeza, que descansaba sobre el cuello en el intervalo de descanso, en vez de descender y empujar durante la contraccion, subia en direccion al fondo del útero.

Todas estas anomalias no tienen por lo regular una gravedad exajerada, y solo cuando á consecuencia de ellas se interesa el estado general de la mujer, pueden presentarse verdaderas complicaciones. Sucede, sin embargo, en algunos casos que los dolores irregulares suscitan, si son muy intensos, otros dolores de los que llamamos extrínsecos, y que se refieren principalmente á los esfínteres inmediatos, á los plexos nerviosos, y tambien en órganos distantes, como los músculos de las extremidades. Estos dolores, lo mismo que los síncope, la cefalalgia, el delirio, etc., los comprendemos como resultado del eretismo nervioso en que la mujer se coloca, bajo la accion de unos dolores contractiles que, á pesar de ser tan activos, nada adelantan la progresion del parto. La hipótesis de la trasposicion de los dolores, inventada por Herder (1803) y sostenida más adelante por Stein y Power, á la cual refieren todos los llamados falsos dolores y que suponen hijos de una metástasis de la propiedad contractil, no tiene razon de ser. Los hechos de todo género que acompañan á las irregularidades de las contracciones, lo mismo que los que sobrevienen en el parto normal y denominamos dolores extrínsecos, son todos ó puramente efectos mecánicos, hijos de las compresiones de los órganos por la matriz grávida, ó fenómenos reflejos de la accion nerviosa fuertemente excitada por la funcion del parto.

Todas las formas de anomalía de la ordenacion de las fuerzas, tanto si las consideramos espasmódicas, como irregulares, se desarrollan bajo la accion de un mismo orden de causas. Unas de estas residen en la matriz, y entre ellas puede contarse la excesiva sensibilidad del órgano, debida á afecciones anteriores de carácter flogístico ó reumático; el enfriamiento del mismo; principios de degeneracion de su tejido; la presion desigual ejercida por el feto despues de una pérdida prematura de las aguas; la irritacion del cuello por abuso del tacto; las fricciones inoportunas sobre el fondo para activar la contraccion; la depresion demasiado rápida de la matriz; las tentativas de operacion mal dirigidas, y entre estas, en particular las tracciones mal hechas para extraer la placenta. Fuera del útero, las causas que pode-

mos llamar simpáticas de los espasmos é irregularidades, se encuentran en la irritacion del tubo digestivo, la plenitud de la vejiga urinaria, y sobre todo la inquietud y las emociones morales súbitas. En particular, observamos los dolores espasmódicos poco intensos en las primíparas; al contrario las astricturas fuertes y los dolores irregulares en las pluríparas.

Tratamiento.—Antes de establecer el tratamiento de estas anomalías de la contractilidad, es menester establecer fijamente las condiciones del caso particular, porque hay aquí una porcion de hechos que modifican las indicaciones, como la causa, la constitucion individual, el periodo del trabajo en que se presentan, etc. Por regla general, las formas ligeras de todos los órdenes se atenderán bien por solos los medios higiénicos, encontrándose por lo tanto en el mismo caso que las anomalías en la intensidad. Basta reanimar el espíritu decaído para resolver un espasmo, y hemos visto suceder esto á la simple entrada del profesor en la habitacion de la parturiente. Si hay antecedentes reumáticos, se aplica con éxito el calor sobre el vientre por medio de paños de lana calientes, haciendo guardar cama durante todo el parto; las bebidas calientes y difusivas, los anti-espasmódicos lijeros, el caldo ú otro alimento ligero, vencen tambien muchas de estas distocias. Cuando los dolores espasmódicos son muy intensos y rebeldes, conviene administrar el ópio, y para esto aconsejamos dos métodos distintos: ó el de enemas, tal como hemos indicado anteriormente para las contracciones excesivas, ó los polvos de Dower, á la dosis de 0'20 centigramos repetidas, segun la intensidad del espasmo lo requiera: frecuentemente será preciso utilizar simultáneamente ambos métodos. Como medio generalmente adaptable á todas las formas de espasmo y de irregularidad, debemos mencionar al baño general tibio, (32° á 35°) que puede substituirse por un baño de asiento de iguales condiciones, cuando no sea posible administrar el baño general. En la práctica, sin embargo, no hemos visto resultados tan rápidamente eficaces del semicupio, como del baño general.

Para los espasmos del cuello se han preconizado las embrocaciones con la pomada de belladona, y las inyecciones vaginales, con agua de cebada, leche, ó simplemente agua caliente. Respecto á lo primero lo creemos ineficaz; una friccion con una grasa cualquiera puede utilizarse para corregir la reseccion que frecuentemente acompaña aquel estado espasmódico del cuello,

pero no reconocemos en la belladona propiedad alguna verdadera contra el espasmo ó la rigidez, precisamente porque creemos que la accion de esta sustancia se ejerce de muy distinta manera en el sistema nervioso. En cuanto al segundo medio puede considerarse como eficaz en muchos casos, y desde luego debe ponerse en práctica cuando el espasmo del cuello es algo considerable. La dilatacion forzada del mismo nunca debe intentarse, y en último resultado la operacion que se practicará y que es de éxito positivo, será el desbridamiento del cuello por medio de pequeñas incisiones.

La sangría ha sido uno de los medios más preconizados para corregir todos los espasmos graves. Se aconseja practicarla de suerte que la sangre salga con rapidez á fin de producir un síncope, á beneficio del cual, cede instantáneamente el estado espasmódico. No podemos suscribir á esta doctrina; para nosotros la sangría está solemnemente contraindicada en las mujeres débiles, histéricas, predispuestas á los espasmos y á las crisis nerviosas, impresionables, etc.; lo estará en las linfáticas de cútis blanco y fino, pulso poco desarrollado y dispépticas; y solo la admitimos en mujeres de temperamento sanguíneo, con el pulso fuerte y duro, y en quienes reconozcamos que su estado pletórico, traduciéndose en congestion uterina ó peri-uterina, es la causa de la distocia. Aun con estas circunstancias no la practicamos, hasta despues de haber ensayado el baño general, que produce efectos muchas veces más rápidos que la sangría. En el tratamiento de las contracciones espasmódicas hemos sacado siempre gran partido del baño y del opio combinados. El efecto inmediato de esta medicacion suele ser el sueño; la mujer duerme tranquilamente cuatro, cinco ó seis horas, durante las cuales la regularidad se restablece, y al despertar, aparecen ya contracciones normales que en corto espacio de tiempo terminan el parto. Tambien sucede en algunas ocasiones que bajo la influencia inmediata del baño se regularizan los dolores, y el parto termina espontáneamente. Esto no debe asustarnos; puede una mujer parir dentro del baño sin peligro ninguno para ella ni para el infante, que se saca al punto del agua; solamente debe tenerse cuidado en que la parida no permanezca en el baño despues de expulsado el feto, sino que rápidamente debe ser trasladada á la cama, para verificar en ella el alumbramiento. Pueden usarse los anestésicos, y alguna vez en contracciones irregulares y muy dolorosas, hemos obtenido buen resultado de las inhalaciones

de cloroformo. Sin embargo, lo regular es que no produzcan el efecto buscado, y por esto preferimos los medios anteriormente mencionados, y reservamos el cloroformo para los casos en que exige operar, como por ejemplo, cuando queda retenida la cabeza en una presentacion de nalgas; entonces cloroformizamos para facilitar la extraccion manual de la cabeza. El parto artificial no debe intentarse, mientras no se consigue por los medios generales la desaparicion, ó por lo menos la disminucion del espasmo, sobre todo en los casos de tétanos uterino, en que deba practicarse la version ó la aplicacion del forceps. Cualquiera de estas operaciones en un estado de espasmo intenso, irrogaría notables perjuicios á la madre y al hijo.

Las operaciones obstétricas en rigor no forman parte del tratamiento de los espasmos. Es cierto que algunas veces tienen que practicarse, pero es consecutivamente á ellos, y acabamos de decir que deben ir precedidas del tratamiento de la anomalia de contractilidad. Las únicas que vienen muy enlazadas con esta, son la extraccion de la cabeza, cuando viene esta detrás, y la extraccion de la placenta en el engatillamiento ó enquistamiento, y aun esta última no siempre es urgente.

II.

ALTERACION EN LA SUCESION DE LOS TIEMPOS NORMALES DEL PARTO.—Anomalías del mecanismo en las presentaciones de vértice.—Id. en las presentaciones de cara.—Id. en las de pélvis.

El segundo grupo de distocias por alteracion en el mecanismo del parto, se refiere, segun antes hemos indicado, á los fenómenos mecánicos del parto, ó sea la sucesion de los tiempos en que se realiza la expulsion del feto. Aqui sucede, como en otras distocias, que se pueden considerar diversos grados en la aberracion de las leyes normales, y mientras los más bajos constituyen pequeñas anomalías que no llegan á producir trastornos sérios en el organismo de la madre ni del feto, otros al contrario son de trascendencia bajo el punto de vista de la realizacion perfecta del parto. Para metodizar la exposicion agruparemos estas anomalías por presentaciones.

Anomalías del mecanismo en las presentaciones de vértice.—La marcha de la cabeza dentro la excavacion es perfectamente conocida, y sirve de tipo para establecer la que corresponde á

las demás presentaciones. Pero bajo la influencia de causas las más veces desconocidas, y que otras pueden referirse á la irregularidad de las fuerzas expulsivas, se altera alguno de los tiempos. La forma más sencilla de esta alteracion es la falta del 3.^{er} tiempo, en cuyo caso la cabeza desciende hasta el plano perineal en el sentido del diámetro oblicuo, se presenta en el estrecho inferior sin haber verificado la rotacion, y franquea la vulva en igual disposicion oblicua. Este hecho tiene lugar sobre todo en los casos de gran energia de las contracciones, siendo muy poco voluminoso el feto; no se explica de otra suerte la facilidad con que sale en un sentido opuesto al que exigen sus diámetros. Pero esto no llega á constituir verdadera distocia, y el parto de ordinario no sufre alteracion en su marcha, ni modificacion en sus consecuencias inmediatas, por esa lijera separacion de las leyes fundamentales del mecanismo. Sin embargo, debemos considerar esa pequeña anomalia como el primer paso de otra más importante.

Sucede en efecto en algunas presentaciones de vértice en segunda posicion (o. i. d. p.), que al verificarse el tiempo de rotacion, en vez de realizarse de atrás adelante para conducir el occipucio debajo del púbis, lo hace en sentido inverso, viniendo á parar el occipital delante del sacro. Ya vimos en otra parte (página 286) el mecanismo segun el cual se desprendia la cabeza en esta posicion, denominada occipito-posterior persistente, mecanismo que entra dentro el órden de los normales, pero que puede sin embargo dar lugar á fenómenos graves por el solo hecho de una mala rotacion. Al desprenderse la cabeza en este sentido, tiene que hacerlo exagerando la flexion, á fin de que pueda desprenderse el occipucio por la comisura superior; para esto se apoya la cabeza fuertemente contra el periné, y le distiende tanto más, cuanto no le es fácil al feto doblarse para adaptar su forma á la curva que forma el mismo periné dilatado prolongando la corvadura del sacro, en el sentido de la prolongacion anterior del círculo de Carus (V. pág. 44.) En las posiciones occipito-antérieures, la cabeza se dobla sobre el cuello en el sentido de la extension y esto hace que se adapte bien á la expresada curva, representando el ángulo formado por el eje del cuello y el diámetro sub-occipito-bregmático, exactamente el ángulo formado por el eje del estrecho superior, con el eje del estrecho inferior, lo cual no es factible en las posiciones occipito-posteriores, en que el eje de la cabeza y del cuello

representa una sola línea, y por lo tanto un tallo recto, que se adapta mal á la curva de la excavacion. En este estado de cosas, el impulso del útero, trasmitido por el feto, viene á caer, no sobre el eje de la vulva, sino en la prolongacion del eje del estrecho superior y por lo tanto sobre el periné, que se dilata enormemente. Si la resistencia de este es suficiente para vencer el impulso superior, se verifica al fin el desprendimiento, segun la fórmula conocida, aunque lentamente y con dificultad, pero si la resistencia del periné es poca, ó tan intensas las contracciones que empujan fuertemente el feto, entonces se rompe el periné, pudiendo esta lesion ser desde una simple rasgadura parcial de la comisura posterior de la vulva, hasta la division completa del periné y del esfínter anal. Alguna vez se ha observado una rasgadura central capaz para dar paso á parte del feto entre el ano y el anillo vulvar.

Estas fatales consecuencias de la posicion occipito-posterior son más fáciles en las primíparas, precisamente por la inextensibilidad de los tejidos, por lo cual se aconseja la intervencion. Esta consiste en la aplicacion del forceps, ya para intentar la rotacion artificial, si aun está elevada y movable la cabeza, ya para la extraccion artificial de la misma.

Anomalías del mecanismo en las presentaciones de cara.—En otro lugar digimos que la ley fundamental del mecanismo en las presentaciones de cara, era la rotacion de la barbilla hácia delante, de suerte que se colocase esta debajo del púbis para el desprendimiento. Sin este movimiento de rotacion, el encajamiento completo es imposible, y de consiguiente irrealizable espontáneamente el parto. La anomalía más trascendental, pues, de estas presentaciones, será la rotacion de la barba hácia atrás, hasta colocarse delante del sacro; en tal situacion la cabeza yuxtapuesta á la espalda, dá un diámetro de $14 \frac{1}{2}$ centims. que no puede penetrar en la excavacion, para lo cual es preciso que se verifique la rotacion, á fin de facilitar el movimiento de flexion de la cabeza. Cuando, pues, anormalmente esta rotacion se verifica en sentido inverso, queda establecida una verdadera distocia, que solo puede resolverse por medio de una operacion. La que se halla indicada en este caso es la aplicacion del forceps, para hacer por este medio la rotacion artificial y conducir adelante la barbilla del feto. Recientemente se ha propuesto por Parry una operacion manual, por cuyo procedimiento se modifica la presentacion, convirtiéndola en presentacion de vértice, conforme se

verá en la parte siguiente, al hablar de las operaciones. Sin embargo, parece que no ha dado grandes resultados este procedimiento. La verdad es, que una posición fronto-anterior persistente, constituye una de las más graves distocias; la solución es siempre difícil, y en muchos casos no hay más medio de resolver la dificultad, que la cráneotomía. En el terreno práctico, sin embargo, no dejaremos de aconsejar que no se deje el profesor arrastrar por la impaciencia, puesto que se ha visto frecuentemente la rotación verificarse después de muchas horas de detención y de una manera espontánea. (Penrose. *Revue des sciences médicales*, t. 8, pág. 245) ha propuesto un medio sencillo para favorecer esta rotación; la falta de ellas cree que depende de la falta de un plano de resistencia que bajo el punto de vista mecánico juegue el mismo papel que el periné para las presentaciones de vértice, y así propone comprimir la cara con la mano, ó mejor aun la mejilla posterior ó lateral con la cuchara del forceps, lo cual basta, dice, para determinar el movimiento espontáneo de rotación hácia adelante.

Anomalías en el mecanismo de las presentaciones de nalgas.— En estas presentaciones se ven más que en otra alguna las pequeñas variaciones de mecanismo que, sin ofrecer peligro, son sin embargo una excepción de la ley general. Basta, por ejemplo, que el feto sea poco voluminoso y algo activas las contracciones, para que salga rápidamente el tronco con unas relaciones anómalas respecto á la pelvis, viéndose con frecuencia salir en una posición transversal, y dar luego una rotación completa para adaptar los diámetros de la cabeza que viene detrás. Todo esto son, decíamos, simples variaciones sin consecuencias. Pero no sucede así, cuando la cabeza al presentarse en el estrecho superior sufre un cambio de postura, extendiéndose, en vez de presentarse doblada sobre el pecho, como debe suceder normalmente. Entonces, en vez de presentar el diámetro occípito-frontal ó el sub-occípito-bregmático, se coloca en el estrecho superior el occípito-barbillar, que no puede encajar. Este desdoblamiento es más fácil cuando la rotación se ha hecho mal y ha venido la barba á colocarse delante que en el caso opuesto. El púbis detiene la barba, y como el occipucio baja á medida que desciende el tronco, se completa la extensión. La causa más común de esta aberración del mecanismo, es una intervención inoportuna. Es muy común en las presentaciones de nalgas hacer tracciones sobre los piés para completar la extracción, cuando vá saliendo

el tronco, y estas tracciones son las que producen de ordinario la deflexion. Bajo el punto de vista de la feliz terminacion del parto, lo que debe desearse es que la cabeza permanezca doblada, y el mejor medio de conseguirlo es un procedimiento opuesto al abuso que acabamos de señalar. Si los miembros inferiores se han desprendido, conviene sostener el tronco por las nalgas del niño y empujar suavemente hácia arriba, como si se quisiera impedir el descenso. Esa lijera compresion mantiene la cabeza fuertemente apoyada sobre el fondo del útero que vá retrayéndose, y esto facilita la rotacion é impide la deflexion. Cuando la distocia se ha realizado, debe verificarse la flexion por el sencillo procedimiento de la introduccion de la mano por delante del plano anterior del feto, hasta llegar á la cara; entonces se coje la mandíbula inferior, introduciendo dos dedos en la boca, y se tira hácia abajo, mientras la otra mano facilita el movimiento de flexion, comprimiendo el occipucio en el mismo sentido de la flexion, y tirando de los hombros á ambos lados del cuélllo. En algun caso pudiera ser necesaria la aplicacion del forceps, para desprender la cabeza encajada en la excavacion.

La marcha normal del parto, puede suspenderse antes de verificarse el sexto tiempo en estas presentaciones, ya por un simple cansancio é inercia consecutiva, ya porque algun lijero obstáculo se oponga á la progresion de la cabeza. En estos casos es menester obrar con rapidéz para prevenir los funestos efectos que la compresion del cordon lleva al feto. Se practicará la extraccion de la cabeza por tracciones manuales sobre los hombros, y si así no se consiguiese, deberá hacerse una aplicacion de forceps.

CAPITULO IV.

Distocias accidentales por causas anteriores al parto.

Digimos en el principio de esta seccion al clasificar las distocias, que la segunda clase de estas eran las accidentales, ó sean las que dependen de causas que no alteran la ley fundamental del parto, pero constituyen accidentes peligrosos para la madre ó para el feto. El primero de los tres órdenes en que las dividimos, comprende aquellas, cuya causa accidental es anterior al parto, y que como allí decimos (pág. 389), se refiere ordinariamente á estados morbosos del útero, ó de los órganos á ellos inmediatos. Para su estudio inmediato los dividiremos en tres grupos. 1.º Inflammaciones agudas de la matriz y sus anejos; 2.º Neoplasmas del útero; 3.º Tumores de los órganos inmediatos.

I.

Metritis y perimetritis.

Durante la gestacion puede desarrollarse un proceso flogístico en el útero, que segun el curso que lleve, y el conjunto de sintomas que desarrolle, llegará á interrumpir la marcha de la gestacion, provocando el aborto, y hasta ocasionar la muerte de la madre.

La forma más sencilla de estas inflamaciones se refiere á la llamada endometritis. Si se recuerda el estado especial en que se encuentra la mucosa uterina, convertida en caduca, se comprenderá ya que el proceso flogístico que se asiente en la cara interna del útero, durante el periodo de plenitud de este, no será el mismo que el que se conoce de las demás inflamaciones catarrales, en que la mucosa tiene el complemento preciso de sus elementos anatómicos. En el caso presente, la hiperplasia celular característica de la inflamacion, se traduce por un gran acúmulo

de células entre la superficie del útero y la caduca (alguna vez entre la caduca y el corion), en donde nada en una cantidad notable de líquido. La condicion de la region en que esto se verifica hace que de ordinario no se retenga ese exudado, sino que salga al exterior en forma de un líquido seroso, amarillento, á veces coloreado por sangre, y en gran cantidad, sobre todo, en los últimos meses de la gestacion. Tal es la *hidrorrea*, tomada falsamente por algunos como líquido procedente de la cavidad resultante de la falsa union de las dos caducas, y que es propiamente un producto flogístico del útero ó de la caduca. De ordinario ocasiona pocas molestias, y solamente al principio, cuando empieza á desarrollarse el proceso inflamatorio, siente la mujer peso, y algun dolor gravativo en la region pélvica, acompañado de dolores, reflejos en la region lumbar.

En algunos casos el producto de exudacion celular no sale al exterior, sino que queda retenido, y esto más fácilmente, cuando su asiento es por debajo de la caduca; entonces esta coleccion distiende el útero, excita la contractilidad úterina, y determina el aborto ó el parto prematuro. Bajo este punto de vista, es como tiene importancia real, y constituye verdaderamente distocia, pues mientras la inflamacion catarral se juzga bien por la hidrorrea, no pasa de ser un estado lijeramente patológico.

No es difícil diagnosticar este distocia, y en cuanto al tratamiento ha de ser puramente sintomático y anti-catarral.

Más grave es y de mayor trascendencia para el curso de la gestacion, la inflamacion parenquimatosa del útero. Verdad es que no se presenta con frecuencia este accidente, y que más bien suele ser efecto de situaciones anormales del útero que de origen idiopático, como por ejemplo, sucede en las retroflexiones, cuya terminacion va á menudo acompañada de este proceso morboso, pero siempre resulta que la consecuencia inmediata es el aborto, ó el parto prematuro, prévia la muerte del producto de la concepcion. En algunas ocasiones se le ha visto terminar por supuracion cuando era limitada, y en este caso su asiento predilecto es la porcion vaginal del útero.

Este accidente se desarrolla bajo la influencia de causas internas desconocidas, ó de causas externas, entre las cuales figura en primer línea el olvido de los preceptos higiénicos, la impresion brusca del frio, ó una causa traumática. El dolor es uno de los primeros síntomas, acompañado casi siempre de una sensibilidad notable de todo el órgano, pero más especialmente

del cuello, que no puede resistir ningun género de exploracion. Suele haber siempre calentura alta, retencion de la orina y de las materias fecales, malestar general, vómitos, y cuando se prolonga este estado se le unen los síntomas del parto, cuyos dolores son insoportables por la gran sensibilidad del útero. Cuando la terminacion debe ser funesta para la madre, aparece la timpanitis, alteracion del semblante y síntomas atáxicos. De ordinario, cuando la metritis no se acompaña de peritonitis, esa terminacion no se presenta, y la enfermedad desaparece despues de un curso agudo, pero determinando si se ha generalizado la muerte del feto.

Hay una forma de metritis que denominaremos reumática, por ir intimamente enlazada á esta diátesis, y cuyos síntomas primitivos se reducen casi exclusivamente al dolor. Este es gravativo al principio, mas despues de algun tiempo desarrolla ya verdaderas contracciones que ocasionan la terminacion prematura de la gestacion.

La metritis aguda, bien caracterizada, debe tratarse con bastante energía para evitar que concluya de la manera funesta que hemos indicado puede suceder. Para esto fomarán la base del tratamiento que ha de plantearse las emisiones sanguíneas generales y locales, y la administracion del mercurio por medio de fricciones ó embrocaciones.

Má frecuente quizás que la metritis es la perimetritis, ó inflamacion del peritoneo próximo al útero. Esta inflamacion puede ser circunscrita ó generalizada. En el primer caso constituye pequeños focos de inflamacion en los repliegues que están más en contacto con la superficie uterina. De curso rápido, terminan ordinariamente por resolucion, y no tienen influencia especial sobre la marcha de la gestacion. Otras veces se forman exudados que se organizan más ó menos fuertemente y dan lugar á adherencias de las hojas peritoneales entre sí, ó de estas con el útero esas adherencias son más adelante el origen de tiranteces, y de reproduccion de la inflamacion en el periodo puerperal, siendo el foco de las peritonitis puerperales circunscritas y supuradas, que tanto agravan la marcha del puerperio. En este caso no podemos ya considerarlas de carácter leve. Finalmente, puede ser más ó menos generalizada á una gran extension de la serosa, la inflamacion, y en este caso suele acompañarse de la del feto. En muy pocos libros hemos visto tratada esa enfermedad, que es una de las que más graves consecuencias

llevan á uno y otro de los dos séres interesados en el embarazo. Hemos tenido ocasion de observar en la práctica algunos casos, tres de ellos de una gravedad suma, como que terminaron con la muerte de la madre, despues de provocado el parto. Los tres se presentaron durante el séptimo y octavo mes de la gestacion. A ellos nos referimos en la sucinta descripcion siguiente.

Aparece como primer síntoma un estado gastro-intestinal que simula una indigestion, acompañado en seguida de dolores, cuyo asiento se refiere ya al fondo, ya á la cara posterior del útero. Una fiebre franca, de carácter continuo, y por lo tanto con todos sus síntomas propios, acompaña el principio de la enfermedad (temp.^a 39'5). En dos casos sobrevinieron inmediatamente vómitos, de sustancias alimenticias primero y luego biliosos; en el tercero los vómitos no aparecieron hasta más tarde; gran sensibilidad en toda la region abdominal, lengua seca, y secura tambien de la piel. Los dolores, de gravativos pasaron á pungitivos, y luego se convirtieron en verdaderas contracciones, que dieron por resultado la expulsion de un feto muerto. En uno de los citados casos, poco tiempo despues del parto prematuro, se exacerbaron los vómitos, el pulso se puso filiforme, enfrióse la piel, y sin presentarse mas que una muy lijera salida de sangre por la vagina, pereció la enferma ocho horas despues de la expulsion del feto. En los dos restantes casos se observó que despues del parto quedaba la enferma tranquila; los dolores desaparecieron, suspendiéronse los vómitos, la piel sin perder su temperatura se puso húmeda, fluian naturalmente los primeros loquios, y todo indicaba una mejora real, menos el pulso que se sostenia sobre 110 pulsaciones. Al segundo dia aparecieron otra vez los síntomas de metro-peritonitis, el semblante desencajado, vómitos biliosos abundantes, lengua acorchada y puntiaguda, sed, timpanitis, dolores sordos en toda la cavidad, loquios poco abundantes, cefalalgia, pulso concentrado, y luego subdefirio, hipo y muerte al cuarto dia de puerperio. La rápida terminacion de este accidente y lo especial de los síntomas, hace creer que la peritonitis terminó por gangrena. La circunstancia de pertenecer todas las enfermas á la práctica particular impidió practicar la autopsia.

Sin pretender que este grave accidente se ofrezca con frecuencia á nuestra observacion, es indudable que puede estudiarse lo bastante para caracterizarlo entre una de las más graves distocias que se presentan durante el curso del embarazo y que más

directamente interesan la integridad de la madre y del hijo. Un tratamiento enérgico antiflogístico se empleó en los tres casos, y sin embargo fué completamente ineficaz. En otros accidentes parecidos, pero menos intensos, habia dado buen resultado, y tal vez el no haber adquirido mayores proporciones fué debido á esto, de modo que la regla de conducta será siempre combatir la inflamacion por cuantos medios el arte ponga en nuestras manos.

La inflamacion que puede atacar los órganos inmediatos al útero no tiene gran importancia bajo el punto de vista distócico, pues aun siendo intensa, no suele interrumpir la marcha de la gestacion.

II.

Neoplasias del útero.

Las neoplasias que pueden desarrollarse en el útero son principalmente los fibromas, los pólipos y el cáncer, únicos que suelen verse complicando la gestacion y el parto, pues si bien es el mismo órgano asiento de quistes, de degeneraciones, de ulceraciones, etc., no vemos estas individualidades ejercer influencia sobre la gestacion, tal vez porque ellas mismas son un obstáculo á la fecundacion.

Las neoplasias en general obran de dos maneras sobre la marcha del embarazo y parto; 1.º, oponiéndose al crecimiento y desarrollo del útero y provocando por lo tanto el parto antes de la completa madurez del contenido; 2.º sirviendo de obstáculo á la salida natural de este cuando llega á su completo desarrollo. A estas dos influencias podemos añadir otra tercera, puesta en duda por algunos autores, y es, alterando anatómicamente, el tejido del útero, y facilitando su rotura ya antes, ya más comunmente al tiempo del parto.

Fibromas.—Generalmente el fibroma es intersticial y tiene su asiento en el fondo del útero; raras veces se vé cerca del cuello, como es raro tambien observarlo solitario, sino que es múltiple. De volúmen más ó menos grande y de textura compacta, tienen la particularidad de crecer notablemente durante la gestacion, al propio tiempo que se reblandecen algo, efecto uno y otro del mayor aflujo de sangre que es inherente al periodo de gestacion. Ordinariamente y fuera de los casos de embarazo, el fibroma es una causa de hemorragia, y esa propiedad no la pierde

cuando se presenta en un útero grávido. Ahora bien; esta neoplasia con todos sus caracteres habituales ó propios influye sobre la marcha de la gestacion de las diferentes maneras siguientes: 1.^a El tumor crece, impide el desarrollo normal del útero y estableciéndose una especie de antagonismo entre él y las demás porciones del útero no invadidas, se determinan las contracciones y el feto es expulsado (aborto y parto prematuro). 2.^a El embarazo ha podido llegar á su término, pero la fibra uterina ha perdido una gran parte de su contractilidad, sobre todo en la region enferma; los dolores son entonces irregulares, los esfuerzos ineficaces, y el trabajo se prolonga indefinidamente; mientras tanto la hemorragia, sostenida por el tumor, es una amenaza continua, y lo será más aun en el período del alumbramiento: el parto exige para terminar, la intervencion activa. En este caso es cuando se presenta otra complicacion hija de la misma causa. La region del útero alterada por el tumor ha sufrido un reblandecimiento notable, y bajo la accion de las contracciones se rompe, dando lugar á la salida de parte de su contenido, que en contacto con el peritoneo, produce peritonitis agudas rápidamente mortales.

El diagnóstico de esta distocia no siempre es fácil, cuando los datos anamnésicos no nos ilustran acerca de ella. Para asegurarnos de la índole del accidente que se presenta es preciso combinar la exploracion externa con la interna. En cuanto al tratamiento, si se trata de fibromas poco voluminosos, se puede esperar que no influirán sériamente en la marcha de la gestacion, y que en el parto los solos esfuerzos de la naturaleza vencerán la dificultad. Si nos encontramos con el caso segundo, es decir, con que el parto no adelanta por incapacidad é irregularidad de las contracciones, deberá terminarse por la version ó por la aplicacion del forceps. En algunas ocasiones en el momento del parto la situacion muy baja del tumor permite impelerlo hácia la pélvis superior, con lo cual queda libre el paso por la excavacion.

Pólipos.—La segunda variedad de tumores uterinos que puede causar distocia accidental, es la constituida por los pólipos, cualquiera que sea su naturaleza anatómica. Sin embargo, los pólipos glandulares son demasiado pequeños para servir de obstáculo á la progresion del parto; los célulo-mucosos son muy blandos, y ó se dejan aplastar por el feto, ó son fácilmente arrancados por las contracciones uterinas, de modo que solamente los fibrosos y los sarcomatosos, pueden en último caso oponer un obstáculo sério al paso del feto. Aun hay que tener en cuenta otro

detalle y es que los pólipos obran de diferente manera respecto al parto, segun el sitio que ocupen, así es que los que están muy elevados en el fondo, y tienen muy corto el pedículo, se portan poco más ó menos como los fibromas intersticiales, cifrándose su importancia en la hemorragia que provocan, y la facilidad en provocar prematuramente el parto. Al contrario los que estén muy cerca del cuello, son los que se oponen á la progresion del feto, atravesándose en el estrecho superior. Sobre la manera de portarse los pólipos en el momento del parto, estableció Demarquay la siguiente doctrina, que la experiencia ha comprobado: «Los tumores pediculados que tienen su insercion en la region inferior y cervical del útero, son en unos casos expulsados por delante del feto; en otros se remontan encima de él, si la longitud del cuello lo permite; los de insercion en el segmento superior permanecen encima del feto durante el parto sin sufrir los efectos de la contraccion, y los que residen en la parte media y posterior, son los que oponen un obstáculo formal á la progresion del parto.» Ha de tenerse tambien en cuenta, que cuando el tumor es rechazado delante del feto, puede ser de tal volúmen y consistencia, que no se desprenda, sino que llegado á la vagina y aun fuera de la vulva permanezca allí retenido por el pedículo y sirva de obstáculo insuperable á la salida del feto.

Esto es lo que nos aconteció en un caso observado en Diciembre de 1875. El parto, iniciado perfectamente, pero con hemorragia, dió lugar primero á la salida de un enorme tumor fibroso, que quedó retenido delante de la vulva, por el pedículo inserto en el cuello. El tumor, que era intra-uterino, no habia sido diagnosticado antes de la gestacion ni durante la misma. Su aspecto era de una cabeza de feto á término, y media, la circunferencia mayor 36 centímetros, la menor 24, el pedículo tenia de diámetro 3 centímetros y de peso total 380 gramos. La textura era densa, y el exámen microscópico dió los caracteres del fibroma. Este tumor tuvo que ser extirpado, para practicar luego la version del feto, que guardaba la segunda posicion del hombro derecho. (V. la descripcion, en los Anales de la Sociedad ginecológica española. Abril de 1876, pág. 111 y siguientes.)

El diagnóstico de estos tumores no siempre es fácil durante la gestacion, y en el momento del parto al salir al exterior puede tambien errarse, tomándolos, como muchas veces ha sucedido, por la cabeza del feto, error que solo puede desvanecerse por medio

de una exploracion detenida, en que el tacto constate perfectamente la presencia del pedicelo.

El tratamiento de esta distocia varia segun los casos; si el tumor tiende á elevarse y es poco voluminoso, se podrá con la mano hacerlo remontar encima de la presentacion, y entonces ya solo quedará la necesidad de tratar la hemorragia del alumbramiento por los medios oportunos. Si el pedicelo es muy bajo y ostensible y el tumor poco voluminoso, puede ensayarse el arrastrarlo hasta fuera la vulva, y en caso que no se pueda conseguir esto, hacer la version. Cuando puede alcanzarse el pedicelo y el volúmen del tumor es algo grande, lo mejor es excindirlo, con lo cual se facilita el parto, y se previenen con más seguridad las consecuencias del puerperio.

Cáncer.—Sabido es que el cáncer del útero reside casi siempre en el cuello, á expensas de cuyo tejido sigue todas sus evoluciones, desde la primera manifestacion nuclear, hasta la destruccion completa de los tejidos. El cáncer, durante su periodo de crudeza, no es un obstáculo para la concepcion; en el periodo de reblandecimiento, puede ya oponerse á ella por la accion destructora que el icor canceroso ejerce sobre los espermatozoarios, á su paso por la region enferma; pero tampoco es un obstáculo absoluto, puesto que tenemos muchos ejemplares de gestacion y de parto, en mujeres afectadas de cáncer del cuello. Pero no puede negarse la influencia maléfica de esta neoplasia, tanto sobre la madre, como sobre el producto de la concepcion, afirmada ya por Hipócrates, y reconocida por todos los ginecólogos. Haciendo aquí un estudio parecido al que anteriormente hemos expuesto para los tumores fibrosos, podremos aceptar las conclusiones de Chantreuil en su Monografia sobre el cáncer del útero bajo el punto de vista del parto.

Es muy comun que el cáncer, tanto en su variedad escirrosa, como en la encefaloidea, provoque el aborto; es lo que generalmente acontece, y se explica por la dificultad que puede oponer á la extensibilidad del útero, la modificacion en su textura normal, debida á la neoplasia. Si la naturaleza vence este obstáculo y consigue que lleguen á completarse todos los dias de la gestacion, entonces la situacion es mucho más comprometida, y el resultado gravísimo para ambos séres. Los casos en que el parto termina bien, despues de una vacilacion más ó menos duradera, gracias á la rigidez patológica del cuello, son los menos. Cuando el cuerpo del útero participa de la afeccion cancerosa, entonces

la consecuencia casi fatal de su estado es la ruptura del útero, la muerte de la madre y la del niño, á una época más ó menos distante del término natural de la gestacion. Si solamente está enfermo el útero, entonces la resolucion del problema puede ser de varias maneras: en unos casos, presta bastante el cuello para dar paso al feto, sobre todo si este no es de tiempo; el parto termina bien, pero inmediatamente la mujer se agrava, el reblandecimiento rápido precipita la infeccion, y la muerte termina pronto aquel estado caquético. En otras ocasiones, bajo la influencia de la contraccion uterina, el cuello, cuyo tejido ha vuelto excesivamente friable, se rompe, y sucede lo mismo que cuando se halla el cáncer extendido al cuerpo; una peritonitis rápidamente mortal termina el cuadro. Finalmente, en otros casos, el cuello, no bastante friable, pero sí rígido y degenerado, no se presta á la dilatacion, la mujer se disipa en esfuerzos inútiles, y tiene que procederse á la extraccion artificial del feto, que de ordinario ha muerto ya. La operacion es á su vez difícil y peligrosa, y la ruptura que no han producido las contracciones, suelen ocasionarla las maniobras; en los casos más felices, la mujer alarga la vida hasta algunos días despues del puerperio.

El diagnóstico no es difícil, siendo el cáncer una de las enfermedades que mejor pueden reconocerse. En cuanto al tratamiento, supuesto que la naturaleza no termine el caso por un aborto, debe ser, en cuanto se presenten los dolores, facilitar la dilatacion del cuello por medio de incisiones múltiples y poco profundas, y luego hacer la extraccion del feto lo más pronto posible. En caso de imposibilidad de la dilatacion han aconsejado algunos autores (Schröder) la operacion cesárea si el feto está vivo; por regla general, esta operacion en una mujer cancerosa es siempre mortal.

Los tumores en forma de coliflor (epitelioma papilar) son tambien una complicacion grave, pues aparte la hemorragia grave que sostienen, suelen gangrenarse despues del parto y ocasionar la muerte por infeccion. Aconséjase practicar la excision y cauterizacion del tumor antes del parto.

III.

Tumores de los órganos vecinos.

Los tumores que alguna vez complican el parto, son las neoplasias de la vagina y de la vulva. Poco frecuentes, cuando se

presentan, si son voluminosas, pueden ocasionar la rasgadura de estos órganos, con todas las graves consecuencias que les acompañan.

Hernias.—Puede formarse una hernia intestinal dentro de la excavacion, de suerte que una ó varias asas vienen á ser estranguladas entre las paredes de la pequeña pélvis y la cabeza del feto. Estas hernias se producen principalmente en el espacio de Douglas, ó al través de la fascia pélvica, llegando el asa intestinal y el peritoneo hasta el mismo plano perineal. Es posible que la hernia se produzca tambien delante del ligamento ancho y detrás de uno de los grandes lábios. Conocido el caso, es menester reducir la hernia para evitar su estrangulacion antes de que progrese el parto.

Distension del recto y de la vagina.—La plenitud de una de estas cavidades, basta muchas veces para detener la marcha del parto. Fácil de reconocer, la indicacion que hay que cumplir es la evacuacion por medio de enemas en el recto, y por el cateterismo en la vejiga urinaria.

Cálculos vesicales.—La presencia de un cálculo en la vejiga puede ser un obstáculo sério á la marcha del parto. De ordinario el cálculo se remonta, viene á colocarse encima del púbis, y en nada impide el paso de la cabeza por la excavacion. Este procedimiento de la naturaleza es el que debe imitarse en la práctica, cuando se reconoce la presencia de un cálculo formando tumor en la excavacion, antes del encajamiento de la cabeza, en cuyo tiempo es bastante movable para poder ser desalojado, y queda espacio bastante en el estrecho superior para hacerlo pasar por él de abajo arriba. Pero las dificultades surgen, cuando se ha desconocido en un principio el accidente, se ha colocado la piedra bastante voluminosa delante de la presentacion, y empujada por esta, que se ha encajado fuertemente en el estrecho, sirve de obstáculo sério é invencible á la progresion. El primer resultado deplorable de esta situacion, es muchas veces un error de diagnóstico; el cálculo, inmóvil detrás del púbis, es tomado por un exóstosis, y dado lugar á graves procedimientos de cefalotomía ó de gastrotomía (Puchelt, Cohn). Si las fuerzas expulsivas son enérgicas, vencen la resistencia, y el cálculo es expulsado con rasgadura de la vejiga.

Esta terminacion tuvo un caso que observamos en la clínica de Obstetricia de Barcelona (año 1868). La presencia del cálculo no era conocida; ocupaba la mayor parte de la excavacion, y al ser

reconocida la mujer al entrar en la visita, ya con dolores intensos, se tomó por la cabeza del feto, cubierta por el segmento inferior del útero. Después de algunas horas de dolores fué expulsado un cálculo del tamaño y forma de una pera mediana, y tras de él apareció la cabeza del feto. Reconocióse luego en el tabique véstico-vaginal una extensa herida transversal, algo desgarrada en uno de sus ángulos, por la cual habia salido el cálculo. La fistula curó bien.

El procedimiento que debe seguirse en esta distocia, es el indicado por la naturaleza en los casos en que ella la resuelve por sí misma. Una incision con el bisturí para dividir el tabique, y la extraccion inmédiata del cálculo. Los autores aconsejan practicar inmediatamente la sutura de la herida para facilitar su cicatrizacion é impedir el desgarró que pudiera producir el paso del feto.

Tumores del ovario.—Al tratar de los tumores del ovario, con relacion á la gestacion y al parto, nos encontramos con un hecho parecido al que constituyen otros accidentes, es decir, que lo comun es que provoquen el aborto. Si esto no sucede, pueden imposibilitar el parto colocándose entre el útero y el estrecho superior. Del resultado de las observaciones publicadas por diferentes autores (Berry, Luschka, Litzmann, etc.), resulta que estos tumores constituyen una de las complicaciones más sérias del parto, tanto respecto á la madre, como al producto de la concepcion. En unos casos, el tumor, impelido por el feto, ha formado hernia; en otros ha tenido que procederse á la embriotomia para extraer el feto, al paso que en otros se ha practicado con éxito la puncion del tumor.

La conducta que debe seguirse en esta distocia, una vez reconocida bien la situacion y forma del tumor, es llevarlo más arriba del estrecho superior por medio de la taxis (Playfair), reduccion no siempre posible, pero la única que previene la complicacion. Si la reduccion no puede efectuarse, convendrá hacer la puncion del tumor.

Pueden desarrollarse tumores duros en el tejido celular de la pélvis. Estos tumores vienen á representar en el acto del parto el mismo papel que los exostoses (V. pág. 441). Exigen casi siempre ó la extirpacion ó la operacion cesárea.

CAPÍTULO V.

Distocias, por accidentes simultáneos con el parto.

Entre las que corresponden al grupo de distocias accidentales, se encuentran las constituidas por rotura de alguno de los órganos que contribuyen directamente á la funcion parto. La manera como se producen estos accidentes los coloca de lleno en el grupo de distocias en que no se perturban las leyes naturales de la funcion, aunque la vida de la madre y del hijo resultan comunmente perdidas. Para su estudio metódico las dividiremos en roturas del útero, de la vagina y del periné.

I.

Rotura del útero.

Podemos clasificar las soluciones de continuidad del útero por la lesion anatómica que determinan, y por sus causas. En el primer sentido se dividen en *perforantes* y *no perforantes*: en el segundo en *espontáneas* y *violentas*. Tomamos la primera division para describirlas.

Rotura no perforante: llamada tambien rotura cervical; constituye la forma menos grave de la lesion; reside ordinariamente en el cuello, y está formada en su mínima expresion por las pequeñas rasgaduras del orificio uterino, que apenas dejan de observarse en ningun parto fisiológico. Alguna vez, sin embargo, adquieren proporciones mayores, pasan más allá del limite del mismo cuello en sentido longitudinal, comprendiendo el fondo de la vagina, y tocando ya á los limites de la rotura perforante, en cuyo caso van acompañadas de fenómenos patológicos graves.

Cuando la ruptura es trasversal, no entra ya en el orden de los pequeños accidentes del parto fisiológico. Entonces se constituye una solucion de continuidad que puede hacer eliminar

parte de la porcion libre del cuello, y aun se citan hechos, de haber pasado todo ó parte del feto por la abertura trasversal producida en el cuello, á la altura de su union con la vagina. Estas roturas no se producen ya por los esfuerzos de dilatacion, sino por la compresion del cuello entre la pélvis y la cabeza del feto, de modo que á la rasgadura precede la extrangulacion del tejido uterino. Siempre que esto sucede, sobreviene la fiebre, la parte lisiada se inflama, este proceso puede comunicarse al tejido celular inmediato, y dar lugar á una verdadera puerperitis. Como se vé, las consecuencias peores de esta forma aparecen en el puerperio, aunque el accidente se produce en el parto, pudiendo este terminar espontáneamente sin dar lugar á ningun sintoma alarmante.

Rotura perforante.—Constituye uno de los más graves accidentes del parto. El sitio donde más frecuentemente se producen estas roturas es la pared posterior del útero, en la region correspondiente al promontorio, cuando se trata de roturas espontáneas; las roturas debidas á una violencia ocupan indistintamente cualquier otro punto de las paredes uterinas. La direccion de esas rasgaduras suele seguir la de las fibras interesadas; puede pues observarse en tantos sentidos, como son los que presentan los diferentes planos musculares. Su extension es variable, siendo unas veces bastante grandes para permitir á su través el paso del feto, y marcando otras una pequeña solucion de continuidad que solo puede dar paso á los líquidos contenidos en la cavidad. Debe tenerse en cuenta tambien, que en el cadáver presentan mucha menor extension que en el momento de producirse, pues vaciada la matriz, la contractilidad de sus fibras reduce la extension de la abertura, á menos que hubiese sobrevenido la muerte antes de poderse aquella reducir.

Por el carácter de la lesion, las han dividido algunos en penetrantes completas é incompletas, caracterizando á las primeras, la abertura completa del órgano y del peritoneo que lo cubre, de modo que existe comunicacion libre entre la cavidad uterina y la abdominal; y á las segundas la division del útero con integridad de la capa peritoneal (1). Es comun observar simultáneamente con la rotura del útero, sobre todo cuando está cerca del cuello, la de la vagina, y la de la vejiga ó del recto. El carácter anatómico de la lesion varía segun la indole de la causa, así en las

(1) Algunos mencionan entre estas, las rasgaduras del peritoneo con integridad del útero, caso sumamente raro.

roturas espontáneas se ven los bordes de ellas adelgazados, como macerados, ó inflamados y como ingurgitados de humores, y la porcion de tejido inmediato se halla inflamado, friable y con señales de gangrena, ó con los caracteres propios de la afeccion que podia sufrir la matriz; al contrario en las rasgaduras violentas se ven los bordes desiguales, dentellados, pero sanos lo mismo que las regiones inmediatas y el peritoneo, con extravasacion sanguínea por lo regular abundante, tanto en la cavidad del útero como en el abdómen. Si el peritoneo no ha sido interesado, este suele formar una especie de bolsa que contiene sangre y los líquidos procedentes del útero.

La rotura del útero se produce casi siempre de una manera repentina, sin estar prevista, excepto en los casos en que es debida á una lesion orgánica anteriormente comprobada. Fuera de este caso, lo primero que llama la atencion es un dolor vivo lancinante, completamente distinto de los dolores expulsivos, y que coincide con una contraccion que queda instantáneamente interrumpida: es posible que la mujer perciba interiormente la sensacion especial de rasgadura, que algunos profesores han reconocido tambien por la percepcion de un ruido especial (Nøegele). El aspecto del semblante demuestra tambien instantáneamente la lesion por la palidéz, ojos azorados, acompañado de frialdad de las extremidades, sudor halitioso, pulso pequeño y frecuente, malestar, vómitos, síncope y á veces convulsiones; síntomas que pueden perfectamente referirse á la lesion material de la serosa, y á la hemorragia interna. Si entonces se explora la region abdominal, se encuentra por la palpacion el vientre escesivamente dolorido y cambiado en su forma, que se hace irregular, y de suerte que en algunos casos pueden reconocerse al través de las paredes abdominales, las partes del feto que han atravesado la rasgadura, y junto á ellas la matriz más ó menos contraida. Por el tacto vaginal deja de encontrarse la presentacion que antes se habia reconocido, que está más elevada ó sustituida por otra parte del feto; si la rasgadura está muy abajo, puede reconocerse con el dedo explorador. Esto sucede si la rasgadura se produce antes de encajar la cabeza; despues que esto ha sucedido, no se comprueban los síntomas mencionados que se refieren al paso del feto á la cavidad abdominal.

Las contracciones uterinas desde el momento de la ruptura, se presentan de distinta manera segun los casos. En un trabajo reciente (1870), el Dr. Jolly divide en tres categorias las contrac-

ciones uterinas subsecuentes á la rotura. En la primera, conservan de pronto su energía normal, pero no pueden terminar el parto y es necesaria la intervencion; en la segunda, se suspenden de pronto las contracciones, pero reaparecen despues de algun tiempo espontáneamente; en la tercera, el parto termina sin haberse suspendido las contracciones, y solo más tarde se observan las consecuencias de la rasgadura. A estos casos deben añadirse aquellos en que á la contraccion normal sucede la contraccion espasmódica persistente. M. Jolly explica estos fenómenos, segun que el feto abandona ó no del todo el útero al producirse la rotura. Son sin embargo muchos los casos en que la contraccion no reaparece absolutamente, aun cuando el feto no abandone la cavidad uterina.

Despues de esta série de fenómenos, que se suceden con bastante rapidéz, si la rotura es algo extensa, la muerte sobreviene en seguida, no precisamente por hemorragia interna que puede no ser copiosa, si no más bien al parecer por desvanecimiento y parálisis del sistema nervioso. Si la muerte no es la terminacion inmediata del accidente, sobreviene luego una peritonitis, mortal en la mayoría de casos. Respecto al feto, la muerte es tambien segura si no puede hacerse su extraccion inmediatamente despues de la rotura.

Hemos dicho que respecto á las causas, se pueden dividir las roturas en espontáneas y violentas; representando unas y otras, un proceso muy diferente. Las espontáneas son debidas á causas internas, casi siempre existentes en el organismo desde mucho tiempo; entonces la contraccion uterina, representa por sí sola la *causa determinante*: las violentas no reconocen en el organismo hecho ninguno que las explique; una causa accidental, obrando como traumática, explica sola el accidente.

Entre las causas espontáneas figura la primera, la predisposicion dependiente de una lesion de nutricion profunda; delgadéz de las paredes, desarrollo desigual del parénquima muscular que resulta muy denso en el fondo, y delgado en la region inferior; los neoplasmas; el reblandecimiento inflamatorio crónico; las adherencias; las cicatrices procedentes de la operacion cesárea; la atresia del cuello, etc. En todos estos casos, basta una contraccion enérgica para determinar la rotura, sobre todo cuando existe al propio tiempo una gran resistencia que vencer. Entonces sucede, ó que en un momento dado se rompe instantáneamente el útero por su parte más friable, ó poco á poco se vá desgastando y

adelgazando en el punto que sufre roce ó compresion, como sucede contra la eminencia sacro-vertebral, ó en otro punto comprimido por una parte saliente del feto, estando vaciadas las aguas, y entonces la rasgadura se verifica por medio de una especie de extrangulacion que acaba por dividirse. (Mad. Lachapelle.) Por esto se ven con más frecuencia este género de roturas en las presentaciones viciosas. Las causas *violentas*, no necesitan que el tejido uterino esté enfermo ó predispuesto para obrar, y se refieren principalmente á las maniobras mal practicadas, como por ejemplo, las tentativas de version, estando la matriz fuertemente contraida sobre el feto y sin aguas; las tracciones bruscas sobre el feto; las aplicaciones de forceps sobre el cuello del útero, en vez de hacerse sobre la cabeza; el uso de instrumentos vulnerantes del feto, y las mismas esquirlas de los huesos de este en la cefalotripsia.

Debemos mencionar otro órden de causas, que, con ser espontáneas por residir en el organismo, obran sin embargo de una manera parecida á las violentas; nos referimos á una forma especial de la pélvis, reconocida por Killian y Luschka y descrita tambien por Depaul, y que consiste en unas eminencias delgadas y cortantes «como una hoja de cuchillo» que se observan en la parte anterior del estrecho superior, generalmente en la cresta del púbis ó en la eminencia ileo-pectínea. Esta especie de espina (*Akantholopelys*; Killian) obra sobre la matriz fuertemente comprimida contra ella por la cabeza del feto, con toda la energía de una contraccion violenta. Depaul cree que esto solo sucede cuando un obstáculo de otro género á la marcha del feto provoca en la matriz contracciones exajeradas, suficientes entonces para ocasionar la seccion del útero. Supone tambien el distinguido profesor de la clinica de partos de Paris, que esta particularidad orgánica de la pélvis debe ser algo frecuente, si se tiene en cuenta lo que dan de sí las colecciones de los museos, que ofrecen variedades notables de espinas cortantes. Coinciden frecuentemente con pélvis raquílicas.

El tratamiento de esta distocia debe ser *profiláctico* en aquellos casos en que está reconocida la predisposicion, ya por el estado orgánico del útero, ya por haber sufrido la mujer anteriormente la operacion cesárea ú otra herida. En este caso se prohíbe á la parturienta todo género de esfuerzo y se procura terminar pronto el parto, segun las reglas del arte, pero con todo el cuidado posible, para evitar una lesion accidental. La profiláxis de

las roturas violentas, consiste en practicar las operaciones con cuidado y no abusando jamás de la fuerza bruta. Una vez realizada la rotura, lo más urgente es extraer el feto y las secundinas; si este no ha pasado á la cavidad abdominal y no existen otras complicaciones, se debe extraer por las vías naturales por medio de la version ó del forceps, cuidando de no agrandar con la maniobra la rasgadura de la matriz. Cuando el feto ha abandonado por completo el útero, lo mismo que en los casos de estrechez pélvica, y cuando no estando al alcance del forceps, á pesar de ocupar en parte la matriz, el feto sin embargo todavía vive, deberá practicarse la gastrotomía. Despues de esto se atiende á la hemorragia por medio de las fomentaciones frias y el uso del ácido fosfórico, con la tintura de canela al interior, junto con los analépticos, para sostener las fuerzas y oponerse á la depresion de la actividad vital. Jamás debe intentarse hacer inyecciones intra-uterinas ni vaginales, porque estas pasarían al peritoneo.

Si la mujer no parece en estos momentos, el tratamiento consecutivo es el de las heridas penetrantes de vientre y de la peritonitis traumática. En los casos excepcionales en que el feto ha pasado á la cavidad abdominal y no hay ya oportunidad de practicar la gastrotomía, se empleará el tratamiento de las preñeces extra-uterinas (Nøgele).

Al hacer la extraccion del feto por la gastrotomía, es necesario extraer tambien la placenta, cuidando luego de reducir bien las asas intestinales si formasen hernia por la abertura de la matriz ó por la herida del abdómen.

II.

Roturas de la vagina.

Las soluciones de continuidad de la vagina pueden efectuarse en la porcion media é inferior ó en la porcion superior. Las primeras suelen tener menos importancia, y desde luego no ocasionan los violentos efectos de las del útero; las otras al contrario. Cuando se rompe la vagina cerca de sus insecciones uterinas, cuando sobre todo la rotura interesa el fondo ó bóveda vaginal, es un accidente enteramente idéntico á la rotura del útero, cuyos síntomas y consecuencias ya descritos son tambien los que caracterizan la lesion vaginal. Los caracteres puramente locales varían algo; así la rasgadura suele ser trasversal, ó bien pueden presen-

tar uno como arrancamiento de las inserciones de la vagina en todo el contorno del cuello; por esta division de tejido pasa fácilmente el feto á la cavidad abdominal, y en sentido contrario pasan tambien á la vagina las asas intestinales, siendo lo más fácil herniarse en este sentido por la poca retractilidad del tejido que forma la vagina.

Las roturas considerables de la vagina pueden ser seguidas de una muerte pronta lo mismo que las del útero; ó bien pueden inflamarse, supurar y propagarse al tejido celular pélvico, con todas las consecuencias del flegmon iliaco. Si no sucede esto, puede la inflamacion localizada dar lugar á adherencias que estrechen notablemente el conducto vaginal.

Forman parte de las soluciones de continuidad de la vagina, las causadas por un proceso lento de compresion y mortificacion que destruye los tejidos. Sucede esto principalmente cuando la cabeza se estaciona en la excavacion, y queda por este hecho constituida una presion constante de la cabeza sobre las paredes vaginales, la circulacion se suspende, una region más ó menos extensa se mortifica, y la masa allí formada, al desprenderse por la supuracion eliminadora deja una solucion de continuidad que interesa por lo comun todo el grueso del tabique véstico-vaginal, ó del recto-vaginal, y establece una comunicacion entre las dos cavidades contiguas. De aquí el origen de las fistulas véstico-vaginales, y recto-vaginales, harto frecuentes despues de los partos laboriosos. Aquí la solucion de continuidad no se realiza y completa en el momento mismo del parto; en este se formaliza el proceso morboso que ha de eliminar una parte de la pared vaginal, pero la eliminacion no se completa hasta el período puerperal.

Favorecen las roturas vaginales, despues de esa causa descrita, la rigidéz de las paredes, sus adherencias, los vicios de conformacion, etc. Igualmente pueden producir rasgaduras violentas las maniobras mal hechas, y sobre todo el uso ciego de instrumento vulnerantes.

Respecto al *tratamiento* de esta distocia, nos encontramos, si se trata de roturas de la parte elevada de la vagina, y de consiguiente con penetracion en la cavidad abdominal, en el mismo caso que en las roturas del útero; lo dicho pues acerca el tratamiento de estas es aplicable por completo á las de la vagina. Si no se trata de esto sino de una rotura de la porcion inferior, conviene practicar pronto con mucha precaucion la extraccion

del feto, á fin de evitar la ampliacion de la rotura. En esta suele ser algo considerable la hemorragia, y puesto que las inyecciones astringentes están contraindicadas, puede recurrirse al procedimiento de Busch, que consiste en aplicar sobre la herida misma pedacitos de hielo, ó bien compresas empapadas en agua fria. El taponamiento de la vagina solo debe hacerse en un caso extremo y en una hemorragia muy amenazadora. Como tratamiento consecutivo en los casos de rasgadura simple, se suele emplear la introduccion de un tubo de cautchouc para que mantenga separadas las paredes é impida su aglutinacion ó adherencia. Cuando por última consecuencia se produce una fistula vésico, ó recto-vaginal, debe operarse segun el método adecuado al caso.

III.

Rasgadura del periné.

Ultimamente puede sufrir una solucion de continuidad violenta el periné. Basta considerar la notable distension que debe sufrir ese plano fibro-muscular, la gran potencia que sobre él trasmite el feto, representativa de los muchos kilogramos de fuerza que desarrolla la contraccion uterina, y la manera especial de estar dispuesto para la resistencia, para comprender que, como le falte la más pequeña de las condiciones fisicas de la resistencia, ó se desequilibre la relacion de esta con la potencia, ha de producirse una lesion material considerable. Por esto en todos los casos en que la extensibilidad del periné es poca, en que es muy extenso en comparacion á la exigüidad de la abertura vulvar, lo mismo que cuando se ejerce la potencia en una direccion viciosa, de suerte que no se descomponga en ángulo, á fin de que la resultante vaya á parar al centro de la vulva, hecho que tiene lugar en las presentaciones occipito-posteriores persistentes, y finalmente, cuando un esfuerzo mecánico artificial actúe sobre el mismo, haciéndole centro de tracciones mal dirigidas, en todos estos casos, ceden las fibras á la causa impelente, se separan bruscamente, y se rasga el periné.

Estas rasgaduras pueden afectar diferentes grados. En unos casos solamente interesan la horquilla y la comisura posterior de la vulva, constituyendo una lijera lesion que es muy comun en el primer parto. Otras veces al contrario, afecta toda la extension del periné, desde la comisura vulvar posterior, hasta

el esfínter del ano, y puede darse el caso extremo de romperse también este esfínter y la pared anterior del recto. Por lo regular las rasgaduras, lo mismo las pequeñas que las completas, suelen seguir la dirección del rafe perineal, pero pueden verse también en dirección diagonal, y en forma irregular presentando ángulos en diferentes sentidos. Pueden finalmente producirse en la parte media del periné por separación de las fibras, quedando íntegros el esfínter del ano, y la comisura posterior de la vulva. Por esta abertura puede atravesar parte del feto (Observaciones de Elsäcer, Grenser y Simpson).

Como se comprende por la sola noción anatómica de la parte lisiada, no dan estas roturas las funestas consecuencias, tanto para la madre como para el hijo, propias de las roturas del útero y de algunas de la vagina, pero no dejan de ser lesiones de consideración, si se tiene en cuenta que para curarse es necesaria casi siempre una operación, cuyos resultados probables bajo el punto de restablecer la integridad del periné no siempre son eficaces. Las rasgaduras pequeñas limitadas á la comisura posterior de la vulva y á muy poca extensión del periné, suelen curarse naturalmente, verificándose una cicatrización que consolida bastante las partes. En las rasgaduras muy extensas la cicatrización espontánea es excepcional, pues abandonadas á sí mismas supuran los labios de la herida, la inflamación puede comunicarse y dar lugar á fenómenos morbosos generales. Más tarde se cicatriza en una pequeña extensión el ángulo posterior, siempre y cuando no haya sido interesado el esfínter del ano; y el resto se cubre de una membrana análoga á la mucosa vulvar. Entonces puede considerarse prolongada la vulva hasta el esfínter del ano, disposición que sin ser muy molesta por sí, facilita sin embargo la procidencia de la pared posterior de la vagina con todas sus molestias. Algunos autores opinan que esta disposición dificulta el coito hasta el punto de ser un obstáculo para la concepción. Esta consecuencia no la he visto comprobada en la práctica, habiendo asistido á mujeres afectadas de una de estas rasgaduras por un parto anterior, y por lo tanto nada influidas respecto á su fecundidad ó aptitud generadora por aquella lesión. En los casos más graves, roto el esfínter anal, si una operación muy completa no remedia la lesión, resulta una incontinencia de las heces fecales, y la formación de una verdadera cloaca por la terminación en una cavidad común de la vagina y el recto. Las rasgaduras centrales suelen cicatrizarse espontáneamente.

Las causas de estas rasgaduras, siempre del orden de las violentas, las hemos indicado ya, pudiendo añadir á ellas la marcha demasiado rápida del trabajo, el parto en situacion de pié, ó en los sillones llamados de parir, los esfuerzos voluntarios exagerados al tiempo de desprenderse la cabeza, las aberraciones en el mecanismo del parto, la mala conformacion del estrecho inferior y las operaciones mal hechas. Muchas veces la rasgadura lijera-mente iniciada al pasar la cabeza, se agranda notablemente al desprenderse los hombros. Las roturas centrales son más fáciles de producirse en las presentaciones occípito-posteriores.

El *tratamiento* profiláctico consiste principalmente en sostener bien el periné, acerca lo cual indicamos ya, cómo debe procederse en la parte dedicada á la Higiene del parto normal. Si á pesar del cuidado empleado se produce una rasgadura lijera de la horquilla, ó que interesa una pequeña porcion del periné, puede dejarse la curacion á los solos esfuerzos de la naturaleza, cuidando únicamente de establecer una gran limpieza, para evitar que el contacto de los flujos que salen por la vagina, irrite la herida, la inflame é impida la cicatrizacion. Para facilitar este trabajo se manda á la paciente que guarde el decúbito lateral, en la mayor inmovilidad con los muslos fuertemente apretados uno contra otro; para evitar movimientos y violencias se vaciará la vejiga urinaria por medio del cateterismo.

Cuando la rasgadura es considerable, el tratamiento corresponde de lleno á la medicina operatoria. La *perineorafía* es la operacion que debe practicarse, y que por lo regular reúne tantas más garantías de éxito, cuanto más pronto se hace. Por esto aconsejan muchos practicarla inmediatamente despues del alumbramiento, al paso que otros creen que es preferible hacerla despues de pasado el puerperio. La opinion intermedia nos parece la mejor, y el precepto de practicar la operacion al tercer dia de pu erperio creemos el más acertado. Tanto si se practica inmediatamente, como si se dejan pasar dos ó tres dias, hay la ventaja de no tener que reforzar los bordes antes de hacer la sutura. En la generalidad de casos bastará pasar dos ó tres puntos de sutura que mantengan reunidos los bordes, siendo preferible la sutura con hilos metálicos. El número de hilos ha de ser proporcionado á la extension de la herida, y encima de ellos basta hacer una cura simple, y unas fomentaciones lijera-mente astringentes para evitar la hinchazon de los lábios. Mientras las suturas están colocadas, conviene vaciar la vejiga urinaria con la

sonda, y mantener separados los muslos; es bueno para facilitar la salida de los loquios sin que mojen la herida colocar dentro la vagina una sonda, ó mejor aun un tubo de drenaje. La sutura, sin embargo, rompe á veces el puente que pasa por encima de ella, y se separan los lábios: para evitar lo cual Dieffembach practicó las dos incisiones semilunares llamadas *liberatrices*, las cuales interesando la piel, á dos centímetros de distancia de la herida, evitan que esta sea tirada hasta fuera. Becker Brown, propuso en vez de estas incisiones la excision del esfínter del ano, y últimamente Verneuil rechaza todas las incisiones, limitándose á las suturas metálicas bien puestas y más numerosas, y dispuestas en dos órdenes, unas profundas y otras superficiales, como en el procedimiento americano para las fístulas vésico-vaginales. Como medio concomitante debe establecerse la astricción de vientre artificial por medio sobre todo del ópio, á fin de que la mujer no tenga que defecar hasta despues de consolidada la sutura. Cuando no se presenta ningun contratiempo, este no se hace esperar; los primeros puntos de sutura pueden quitarse hácia el cuarto dia y sucesivamente los demás en los dias siguientes. Si se han puesto dos órdenes de suturas, se quitan primero las profundas.

Vidal (de Casis) recomendó en vez de las suturas sus pequeñas pinzas á presion (*serres-fines*), pero no han dado buen resultado. Neugebauer ideó una sutura especial, consistente en una aguja de lábio-leporino, sujeta luego en cada extremo por medio de una bola de marfil, que se fija en la aguja por medio de un tornillito, así como Kilian propone una sola sutura ensortijada en el sitio correspondiente á la comisura posterior de la vulva (1).

IV.

Roturas de las sínfisis.

Aunque poco frecuente, puede verse alguna vez la distocia constituida por una separacion de las sínfisis pélvicas. Estas sufren, como ya digimos, durante la gestacion, una imbibicion de fluidos que las reblandece; si este estado se exagera, puede bastar el solo esfuerzo de las contracciones naturales para separar-

(1) Para mayores detalles de la perineorafia, consúltense los tratados de medicina operatoria y de cirugía uterina.

las; pero sobre todo sucede esto en los casos de fuertes tracciones con el forceps. La más comun es la rotura de la sínfisis del púbis, las sacro-iliacas rara vez se separan. Como predisposicion á esta distocia, debemos contar la degeneracion ósteo-malácica y las estrecheces. Generalmente no se reconoce el accidente hasta despues del parto, por los dolores intensos en la sínfisis afecta, que se propagan á los muslos y á la region lumbar, y sobre todo por la exploracion digital, por la que se reconoce la separacion de los púbis. Si la sínfisis dividida se inflama, viene la supuracion, los abscesos y muchas veces la terminacion por la muerte. Sin llegar á este extremo, cuando se cura la lesion anatómica, queda una dificultad grande, tal vez imposibilidad de estar de pié, y de mover los miembros durante mucho tiempo.

Como *tratamiento profiláctico*, en los casos en que reconocemos tal disposicion de la pélvis, conviene impedir todo esfuerzo, y sujetar exteriormente las caderas por medio de una faja resistente apretada. Si hubiere necesidad de operar se hará con el mayor cuidado posible para no hacer tracciones violentas. Una vez producido el accidente, debe tratarse conforme los síntomas que despliegue lo exijan, siendo casi siempre necesario un plan antiflogístico y á veces una operacion quirúrgica para vaciar las colecciones sanguíneas. Ultimamente, si se vencen todas las dificultades, será preciso durante mucho tiempo el uso de un vendaje á propósito para reforzar la reunion de la sínfisis.