

Ese estado no es difícil diagnosticarlo. Cuando poco tiempo después del parto sigue manando bastante cantidad de sangre, y la placenta no se mueve á pesar de existir contracciones, y cuando tirando del cordón no solo no desciende esta, sino que se observa un ligero descenso de la matriz, arrastrada por el cordón, debe pasar á explorarse la región con la mano, y puede entonces observarse: 1.º Que la placenta no está retenida por una contracción del cuello, puesto que este se halla libre y dilatado; 2.º Que aquel órgano no ha bajado de su sitio, puesto que no lo encontramos encima del cuello. 3.º Que está en mayor ó menor extensión adherido á la superficie externa, puesto que cogiéndolo y tirando directamente de él, no se disloca. Aquí lo que falta saber es, si la adhesión es total ó parcial; mas debe tenerse en cuenta que en el primer caso no suele haber hemorragia, al paso que en el segundo la hay casi constantemente.

Tratamiento.—A la presencia de este hecho, la única indicación que hay que cumplir es la de terminar artificialmente el alumbramiento. Introdúcese la mano en la cavidad uterina, se desinserta la placenta conforme se previene en estos casos (Véase Part. V. Oper. tocol.) y se extrae. No debe olvidarse que después de esto queda cierta predisposición á la inercia, y que para prevenirla es preciso usar sobre la marcha los convenientes medios oxitócicos, con el fin de despertar y avivar las contracciones uterinas, que aquí como siempre han de constituir el mejor hemostático (1).

Puede haberse realizado bien el primer tiempo del alumbramiento, pero no verificarse *la expulsion*. En este caso suele comunmente presentarse el llamado engatillamiento de la placenta, quedando esta retenida por el útero contraído parcialmente, ya en la región del cuello, ya en su segmento medio. Esta última forma constituye la contracción en forma de reloj de arena de los AA. ingleses (*hour-glass*), por la cual queda la placenta formando dos esferas, separadas por la coartación que corresponde al segmento del útero contenido. En esta situación pueden también verificarse dos cosas distintas; ó á esta contracción parcial corresponde un estado espasmódico del resto del útero, en cuyo caso no hay hemorragia, sino más bien un estado doloroso é incómodo que arguye la anomalía de la contractilidad, ó la contracción es aisla-

(1) Para conseguir la desimplantación y expulsión de la placenta adherida, Mojon y Scanzoni aconsejan las inyecciones de agua fría por la vena umbilical.

da, encontrándose en relacion el resto del órgano, y entonces hay hemorragia.

El diagnóstico de esta variedad distócica comprende dos partes; 1.^a cerciorarse de si está la placenta *desimplantada* á pesar de estar *retenida*. Algunos tocólogos dicen que, si llevando la mano á lo largo del cordon llega á tocarse la insercion de este en la placenta, sin que la mano haya pasado de la vagina, al paso que la palpacion exterior con la otra mano toca y limita un abultamiento como una cabeza de feto formada al nivel del púbis por la matriz contraida, puede asegurarse que no hay implantacion. No nos parece bastante esto para asegurar el hecho, aun cuando es un dato no despreciable, al cual creemos debe unirse la nocion de la movilidad de la placenta. Lo 2.^o que conviene conocer, es el género de contraccion que allí existe, es decir, si es solamente del cuello, ó de una parte más elevada. Para esto nos prestará datos la forma que afecta la matriz, distinta de la normal, y luego el tacto que dá la sensacion de un anillo duro, resistente, que cierra el cuello, ó bien está flácido y abierto contrastando con la coartacion espasmódica que se reconoce más arriba. El cordon pasa por este anillo y no se puede tocar la placenta, cuando toda ella está retenida; cuando empero está cojida en parte ó en forma de reloj de arena, reconoce el tacto la porcion que flota debajo de la coartacion.

Tratamiento.—Reconocida la situacion de los órganos cuando ha aparecido la *retencion* de la placenta, si la hemorragia es nula ó poco importante, puede quedarse en espectacion. Algunos medios lijeros, como el calor húmedo aplicado sobre el abdómen, el reposo, las bebidas difusivas, etc., pueden bastar para resolver el estado espasmódico, y hacerse naturalmente la expulsion. Pero si esto no se consigue, y la hemorragia continúa, es preciso practicar la extraccion artificial. Cuando la hemorragia es violenta desde el principio, no debe separarse, sino que sobre la marcha debe practicarse la dilatacion manual del anillo espasmódico, y la extraccion artificial de la placenta, prévia su decolacion, si se mantuviese en parte adherida.

B—Hemorragia por inercia uterina.—Frecuentemente las hemorragias del alumbramiento son causadas por la inercia del útero (*hemorr. dinámica*—STOLZ). Se comprende que si despues de expulsado el feto y desimplantada la placenta cae en inaccion el útero, quedan abiertos los vasos y la sangre sale en abundancia por este ancho punto de escape. Es uno de los más peligro-

sos accidentes del parto, puesto que puede en muy corto espacio de tiempo, perderse una cantidad tal de sangre, que no sea posible ya la vida. Esta inercia puede estar relacionada con diferentes hechos. Unas veces no es más que la continuacion del estado de pasividad del útero durante todo el trabajo; la inercia viene entonces prevista como resultado de la manera con que se ha desarrollado el parto. Otras es consecutiva á un exceso de accion: si el trabajo ha sido duro, pudiendo calificarse las contracciones más bien de *excesivas*, cae en atonia despues de la expulsion del feto, y la hemorragia se presenta como consecuencia de la misma. En algunas ocasiones resulta de manipulaciones mal hechas, ó tal vez de operaciones que han sido necesarias para la extraccion del feto, en cuyo caso la explicacion de su génesis es igual á la anterior. Puede tambien resultar del abuso del cornezuelo durante los últimos tiempos del parto.

Sea como quiera la historia de la inercia, siempre resulta un estado peligroso, de no difícil diagnóstico, pues los dos fenómenos de que consta, hemorragia y falta de contraccion, son de los que se reconocen inmediatamente á la simple observacion, estado con el cual no se puede contemporizar, sino que exige una intervencion rápida y enérgica.

En este caso debe practicarse sobre la marcha el alumbramiento artificial, y en enseguida procurar la contraccion del útero. Para esto al tiempo que se procede á la extraccion segun las reglas del arte, la otra mano comprime fuertemente la matriz al través de las paredes abdominales, y se aplica sobre ellas el chorro de un pulverizador de éter para producir el frio. En cuanto ha sido extraida la placenta y con ella todos los coágulos, vuelve á introducirse la mano en la matriz, se cierra y se la pasea por la cavidad del útero frotando su superficie, y comprimiéndola contra la mano exterior. Si esto no basta, se hacen inyecciones intra-uterinas con agua fria, agua con vinagre, ó con aguar-diente, aplicadas con fuerza y en gran cantidad. Siebold, Chailly, y otros han aconsejado la compresion de la aorta abdominal. En cuanto la matriz se va contrayendo, se retira la mano, y se aplica sobre el abdómen un vendaje fuertemente compresivo, y se sostiene la aplicacion del frio, para evitar que vuelva el útero á caer en inercia. Durante todo este tiempo conviene mantener las fuerzas de la enferma con los antiespasmódicos, á los que se puede añadir el ácido fosfórico diluido (30 gotas por dosis). Finalmente, puede ser tal el estado de anemia en que caiga la mu-

jer á consecuencia de la pérdida sanguínea, que esté indicada la trasfusión de la sangre (1).—La medicación interna basada en los astringentes es completamente inútil. El único medicamento que puede tener alguna aplicación es el cornezuelo á dosis fuertes, siempre cuando no se haya usado anteriormente, ni exista espasmo localizado en algun plano muscular de los que componen el tejido uterino.

4.—HEMORRAGIAS DEL PUERPERIO.—A. **Inmediatas.**—*Por inercia uterina.*—La atonía del útero puede persistir despues del alumbramiento, y ya se comprende que el efecto que producirá debe ser exactamente el mismo que durante el alumbramiento. Tambien aquí es amenazadora la complicación, porque la cantidad enorme que en pocos momentos puede salir por las boquillas de los vasos, es muy capaz de producir un síncope mortal. Sin embargo, justo es mencionar aquí una opinión de Barnes, que puede modificar el juicio acerca estas hemorragias. Dice este autor, que las grandes hemorragias aumentan la coagulabilidad de la sangre: en el síncope la circulación queda casi suspendida, sobre todo en el útero. Esto hace que se retraigan los vasos, la sangre se coagule y forme un tapon que impide la salida de este líquido: á este proceso especial se debe muchas veces la salvación de algunas mujeres, cuya vida ha estado seriamente comprometida.

La hemorragia que sobreviene en el puerperio, inmediatamente despues del alumbramiento, puede ser externa é interna. En el primer caso no hay dificultad en reconocerla, pues se vé salir la sangre en abundancia por las partes genitales; en el segundo debemos basar el diagnóstico en los síntomas de la hemorragia interna, que pueden apreciarse conforme los hemos descrito en la pág. 581.—Fijese sobre todo la atención en los fenómenos generales que se desarrollan en el sistema nervioso y en el circulatorio, y los que se refieren al aparato respiratorio, y bastará esto para llamar todos los cuidados hácia el aparato genital, y reconocer en él la retención de la sangre.

Tratamiento.—Es aquí completamente igual al de la forma anteriormente descrita, solo que, como ya se comprende, no hay que pensar en extraer la placenta, que fué anteriormente expulsada. Los medios propios para despertar la contractilidad uterina

(1) Ed. Martin *Ueber die transfusion bei Blutungen Neuent-bundener.*—Braun.—Casse.—Virchow, etc.

deben formar la base del tratamiento, pudiendo en caso de no conseguir la contraccion, acudirse á la aplicacion intrauterina de los astringentes, entre ellos especialmente el percloruro de hierro. Tampoco deben olvidarse los medios auxiliares para sostener las fuerzas.

Por dislaceraciones de tejido.—Alguna vez la hemorragia del período del puerperio depende de una rasgadura del cuello, ó de algunas fibras del segmento inferior. Cuando esto sucede en pequeña escala, ni tiene gran importancia, ni ofrece dificultades, puesto que una rotura lijera del cuello, pocos partos dejan de presentarla. Pero en ocasiones la rasgadura pasa los límites del orificio externo, y no solo una porcion notable del tejido uterino está dislacerada y dá paso á lo que viene del exterior, sino que se escapa una gran cantidad de sangre ya al exterior, ya á la cavidad abdominal, continuando interna é invisible la hemorragia. Si se trata de pequeñas rasgaduras del cuello, ó de dislaceraciones que no sean comunicantes con la cavidad abdominal, bastará para oponerse á la hemorragia, tocarlas con un líquido astringente, en particular el percloruro de hierro. Si la dislaceracion fuese mayor, nos encontramos en el caso exactamente de las rupturas del útero (V. pág. 556).

B.—Hemorragias tardias.—Es posible que algun tiempo despues del alumbramiento, cuando ya parece imposible una hemorragia, tal vez algunos dias despues de la completa terminacion del parto, aparezca un flujo de sangre, que de pronto parece ser un aumento accidental de los loquios, pero que puede muy bien convertirse en metrorragia séria, si no por la cantidad de sangre que se pierde en un tiempo corto, por la duracion y persistencia de la misma, recayendo en un sujeto debilitado. Esas hemorragias reconocen diferentes causas. Unas veces dependen de una inercia uterina consecutiva; en este caso no tardan en aparecer, y es fácil verlas 24 horas despues de dominada una hemorragia del alumbramiento, al cesar el estado de contraccion en que por medio de la medicacion se mantenía al útero. Otras veces dependen de una mala reorganizacion de la mucosa útero-placentaria: esta no se regenera, el epitelio no se constituye, los capilares manteniendo aun una circulacion bastante activa, se encuentran reducidos á su simple túnica, faltos del apoyo del tejido mucoso; si entonces por cualquier estímulo local ó general se acelera la circulacion, el vaso no puede resistir y dá lugar á la salida de sangre. Esto arguye un defecto de organizacion en

los tejidos modificados, un estado que se parece mucho al de la mucosa catamenial antes de la hemorragia, y que sobre todo puede observarse despues de los abortos. Muchas veces hemos podido comprobar estas hemorragias, presentarse con insistencia y á cortos intervalos despues de un aborto, llegando á comprometer seriamente la vida de la paciente, sin poder reconocer otra causa que la expuesta. En algunas ocasiones esta hemorragia tardia, depende de la retencion de una pequeña parte de placenta adherida, ó de algun resto de membranas. Finalmente, Jonhson y Killian, citan como causa de hemorragias puerperales tardias, un estado vicioso de los vasos uterinos (*aneurisma varicoso*), á beneficio del cual se producen pérdidas sanguineas, siempre que se activa algo la circulacion. Estas hemorragias no suelen ser abundantes, pero sí muy persistentes.

Tratamiento.—Cuando la hemorragia está sostenida por una inercia consecutiva, deben plantearse otra vez los medios que para combatir este estado se emplearon antes, ó los más conocidos que á este fin conduzcan. Si se trata de retenciones de colgajos, etc., conviene facilitar su expulsion y hasta su extraccion si la hemorragia no cede, y tenemos perfecto convencimiento de que es aquella la causa que la sostiene. Por último, en las sostenidas por un vicio anatómico, es en las que nos encontramos más desarmados, pues solo podemos valerlos de medios indirectos. El reposo completo y continuado en la cama, la perfecta tranquilidad de espíritu, evitando por lo mismo toda excitacion moral, y el uso de astringentes locales, debe ser el fundamento de la terapéutica. Joulin aconseja el uso interno del cornezuelo; á nuestro parecer debe ser ventajosa la ergotina, por tener una accion más determinada sobre los vasos, que son los que deben modificarse. A nosotros nos ha ido bien alguna vez el uso del sulfato de hierro á la dosis de 25 centigramos al dia en disolucion, y mejor aun el percloruro de hierro, á la dosis de 30 gotas de la disolucion normal (15° Beaumé) tomadas durante el dia.

Toda clase de hemorragias, pero estas en especial, exigen un tratamiento consecutivo, basado en los analépticos y los marciales, con la prudencia que exige el estado especial de las pacientes (1).

(1) Consultar entre los autores antiguos: LEROUX, LEROY, REICHARD, GHELLER, DUBOIS. Entre los modernos á PATERSON.—*Moyen de prevenir les hemorrhagies et les douleurs qui survient parfois la delivrance.*—BARNES.—*Lecons sur les operations obstetricales et le traitement des hemorrhages.*—SCANZONI.—*Lembuch der Geburtsh.*—ROUGET.—*Methodo nouvelle pour arreter les hemorrhagies internes apres l'acconchement.*—BRUNTON.—*On accidental concealed Hemorrhage withcases, etc.*

QUINTA PARTE.

TRATAMIENTO DE LAS DISTOCIAS.

(TOKIÁTRIA.)

El estudio de las aberraciones del parto que acaba de hacerse en la parte anterior, nos conduce á hablar de su tratamiento, pues aquí, como en las demás ramas de la medicina, el corolario necesario de la doctrina patológica, es la doctrina terapéutica. Esta es la que regula la intervencion del práctico en la marcha del parto, no en el sentido puramente higiénico que corresponde á la funcion que se desarrolla normalmente, sino como modificador más ó menos activo de aquella marcha.

Esta intervencion está sujeta á una ley que nunca debe perder de vista el profesor, y es que la naturaleza orgánica, aunque desviada accidentalmente de su fin, y abocada, por lo tanto, á notables desórdenes, tiende necesariamente á salir de esta senda, se esfuerza en conseguirlo, y muchas veces encuentra en sí misma medios bastantes para llegar á este objeto. La intervencion médica, pues, debe dirigirse ante todo á auxiliar á la naturaleza en sus esfuerzos; si esto no basta, á suplir la deficiencia de aquella por procedimientos enteramente análogos á los naturales, y únicamente cuando todo esto fuera ineficaz, y ante el grave peligro

de una existencia comprometida, podrá sustituir aquellos por una intervencion violenta, y por lo mismo *no natural*. De aquí el principio fundamental de la intervencion médica en el parto, que Nægele ha formulado concienzudamente en el siguiente párrafo: «*El tocólogo debe esforzarse en conocer y apreciar la accion de la naturaleza en los desórdenes del parto, debe secundar esta accion en tanto que ella baste para llegar á su fin, procurando alejar los obstáculos y evitar toda perturbacion nueva: cuando son ineficaces ya los esfuerzos de la naturaleza, debe procurar imitarla en lo posible, y hacer aquello mismo que hiciera el organismo en condiciones más favorables; jamás el arte debe pretender reemplazar sin peligro á la naturaleza en la terminacion del parto, apartándose de sus leyes.*» (1)

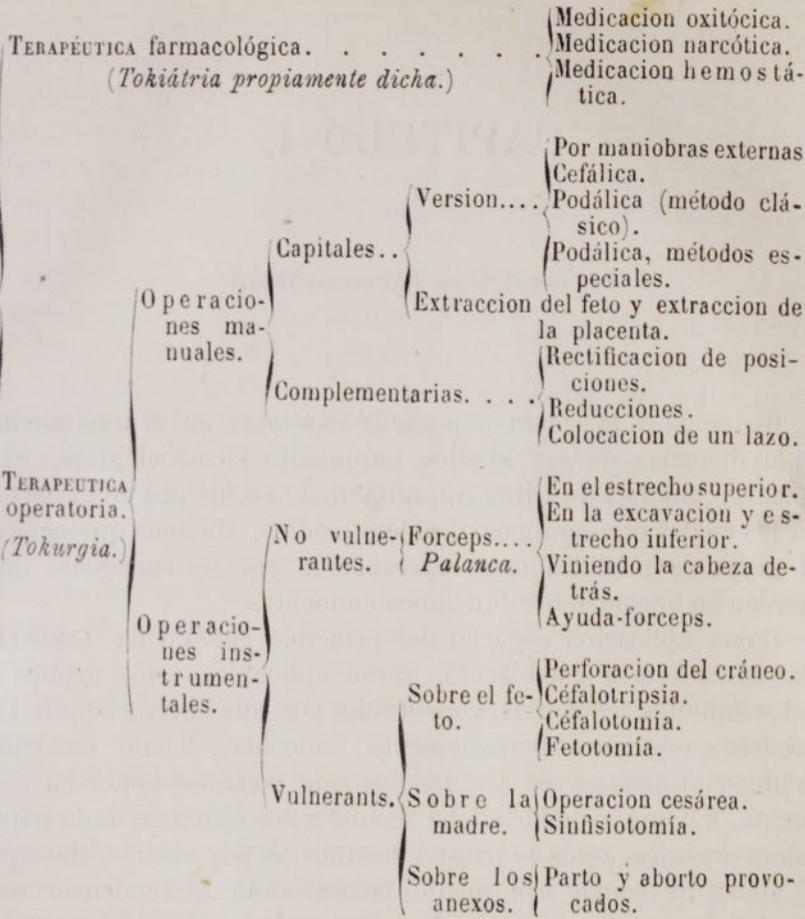
Sobre esta base se desarrolla la doctrina terapéutica, entendiendo por tal el conjunto de reglas que determinan los medios que deberá poner en ejercicio el práctico para tratar las distocias. Estos medios serán unas veces farmacológicos, otras quirúrgicos. Modificando con los primeros la manera de realizarse los procesos orgánico-funcionales, regulariza muchas veces el parto, ó evita accidentes graves, ó restablece la armonía perdida por la presentacion de un hecho anómalo que no se pudo evitar. Por los segundos interviene de una manera más directa en los fenómenos que constituyen el trabajo, hasta el punto de sustituir en ciertas ocasiones el arte á la naturaleza, y aun puede llegar á salirse completamente de las miras normales de esta.

De aquí parte la division de la tokiátria, y consiguiente clasificacion de su estudio. Dos grupos principales la constituyen: la terapéutica *farmacológica* (*tokiátria* propiamente dicha), y la terapéutica *quirúrgica* (*tokurgia*). Esta segunda se divide á su vez en operaciones *manuales*, y operaciones *instrumentales*, subdividiéndose estas últimas en *vulnerantes* y no *vulnerantes*, segun el fin á que conducen. Dentro de estos grupos caben perfectamente todas las operaciones que constituyen el notable capitulo de la práctica tocológica, y que, aumentadas hoy con numerosos procedimientos, puede decirse que vienen á formar uno de los más completos puntos de vista de la cirugía.

El siguiente cuadro demuestra la clasificacion que adoptamos de la terapéutica tocológica, y segun la cual desarrollaremos los siguientes capítulos:

(1) NÆGELE.—Traité pratique de l'art des accouchements, pág. 234.

Tokiátria.



CAPÍTULO I.

Terapéutica farmacológica.

Reducida es la accion que puede esperarse en el tratamiento de las distocias de los medios puramente farmacológicos. Sin embargo, no deja de haber un número de accidentes en el parto, en los cuales conseguimos el objeto médico, sin más que acudir al grupo de modificadores representado por las sustancias que ejercen su accion sobre funciones conocidas.

Como aplicacion especial del principio general de Tokiátria que antes hemos establecido, serán aplicables estos medios á todos aquellos accidentes, constituidos por una aberracion en los procesos orgánicos perfectamente conocida, siendo conocido tambien el alcance de los medios que podamos poner en ejecucion. Y como el médico debe secundar los esfuerzos de la naturaleza orgánica, antes de pasar á sustituirlos por el arte, de aquí el deber de tentar ese medio favoreciendo la tendencia natural del organismo, haciendo obrar sobre este ciertos modificadores de accion conocida, referibles á la clase de medios farmacológicos.

Tres son principalmente los estados patológicos que, constituyendo distocias, pueden atenderse por este procedimiento: 1.º La falta ó insuficiencia de las propiedades contractiles del útero, que representan el principal papel como agente del parto, cuando esa falta va esencialmente unida á la constitucion anátomo-orgánica del útero. En este caso puede plantearse una medicacion *excitante de la contractilidad* uterina, dando lugar á la medicacion *oxitócica* ó *ecbólica*. 2.º El exceso de esa misma propiedad de tejido, convierte la accion de la matriz en irregular, y por lo tanto inepta para su fin, ó por lo menos peligrosa para la mujer: en este caso debe moderarse, tal vez anularse del todo, y tambien hay modificadores del orden de los calmantes, que cumplen aquí la indicacion, constituyendo la medicacion

narcótica y anestésica. 3.º Una perversion en las propiedades del tejido uterino ó en la constitucion de la sangre, dá lugar á hemorragia, que viene á formar una de las más graves y más apremiantes distocias accidentales, y en tal caso puede, por lo menos hasta cierto punto, fiarse á los medios hemostáticos el tratamiento de la distocia, constituyendo la medicacion *hemostática*.

Debe tenerse en cuenta que la importancia de estas medicaciones no es absoluta, sino relativa al estado y grado de desarrollo de la distocia á que van dirigidas, en términos que en algunos casos son insuficientes, y debe acudirse á los procedimientos quirúrgicos. La medicacion farmacológica, pues, no excluye la tocúrgica, y debe fiarse en esta el verdadero éxito de nuestros esfuerzos, desde el momento en que aparezca aquella como insuficiente.

I.

Medicacion oxitócica ó ecbólica.

Las dos palabras con que puede distinguirse la medicacion que va á ocuparnos, expresan ya el fin de la misma; oxitócico de ὄζος *rápido* y τὸκος *parto*; ecbólico, (ἐκβόλος) de ἐκ *fuera* y βάλειν *echar*, pero no con igual alcance; así es que la primera expresion es principalmente aplicable á los casos en que se quiera apresurar ó activar la accion contráctil del útero, al paso que la segunda parece indicar el hecho concreto de la expulsion, por lo cual es etimológicamente sinónima de *abortiva*, en cuyo sentido se vé generalmente usada en los libros. Sin embargo, la vemos tambien usada cuando se trata de los medios puramente excitantes de la contractilidad, por lo cual la mentamos aquí, sin perjuicio de que nosotros usemos la otra palabra por parecernos más apropiada.

La medicacion oxitócica viene indicada en todos los casos de inercia uterina esencial, es decir, cuando esta distocia no procede del cansancio de la matriz, por luchar con obstáculos invencibles, ni tampoco de una alteracion de tejido que haya anulado sus propiedades. En uno y otro caso la propiedad contráctil no puede servir para el fin natural del parto; en el primero, porque por más que se excite, será insuficiente; en el segundo, porque

en realidad no existe, y los medios que por accion dinámica pudieran despertar alguna actividad, perjudicarian por este mismo hecho á su integridad. Ya indicamos al hablar de estas distocias, que entonces la naturaleza no se bastaba, el arte debia venir á reemplazarla, y el profesor, imitando los procedimientos naturales, estaba obligado á operar. En los casos, empero, en que la inercia no reconoce otra causa que esa falta de accion éxcitomotriz de la fibra muscular, no cabe duda que, si hay un medicamento que, absorbido, pueda excitar esa actividad dormida, será aplicable como base de la medicacion que en aquel momento se hace necesaria.

Muchas sustancias han sido consideradas en diferentes épocas como dotadas de dicha propiedad. Entre las más antiguas encontramos la canela y el borraj, que forman la base de la mayor parte de fórmulas magistrales que desde los tiempos de Galeno se han usado para acelerar la marcha del parto. Supónense dichas sustancias aconsejadas ya por Hipócrates, y posteriormente lo fueron por Guillemeau y otros (1). La verdad es que la eficacia de estos medicamentos es muy problemática, por más que aparezcan recomendados por verdaderas eminencias en el arte de los partos, así que todos ellos cedieron el campo al cornezuelo de centeno, cuando este apareció en la terapéutica como medio oxitócico. Introducido en la práctica médica por los profesores ingleses, y aceptado no sin repugnancia en otros paises, goza hoy de importancia por su accion bien comprobada sobre el tejido del útero, cuyas contracciones *activa*, y segun algunos *provoca* (Grenser). Esta propiedad es tanto más manifiesta, cuanto más cerca se halla el parto de su término, por manera que el *máximum* de su accion sobre la matriz corresponde al tiempo en que esta acaba de expulsar al feto, circunstancia que explica la razon de su gran eficacia en el periodo del alumbramiento.

Como medio de sustituir al cornezuelo se han preconizado tambien recientemente el extracto de *cannabis indica* (*Hachisch*) usado sobre todo por los ingleses, y cuya accion hemostática está mejor comprobada que la oxitócica; los extractos de *pulsatilla* y de *uva urci*, ambas sustancias más del dominio vulgar que del científico, y en las que solo remotamente se puede encontrar algo que se parezca á la citada propiedad; finalmente la *quinina*,

(1) El borraj forma la base de los famosos *polvos de los capuchinos* para el parto, generalmente usados en el siglo XVIII.

propuesta por algunos como sucedáneo ventajoso y siempre menos ocasionado á peligros que el cornezuelo. Respecto á esta última sustancia podemos hablar por experiencia propia, y esta nos ha demostrado que no ejerce accion directa sobre el útero, y por lo tanto no puede admitirse como verdadero medicamento oxitócico.

En este concepto, pues, puede decirse que el estudio de la medicacion oxitócica, se reduce casi al del cornezuelo de centeno. Al estudiar anteriormente las distocias, dijimos, al hablar de la inercia, que esta se dominaba muchas veces con los solos medios higiénicos, como tambien que cuando era consecutiva, el tratamiento de los estados que le dieron origen era el verdaderamente indicado. Entre estas dos apreciaciones y la última, que consiste en la intervencion quirúrgica, existe una indicacion especial, que se cumple, segun acabamos de decir, con medios farmacológicos y en primera línea con el cornezuelo. Importa que nos ocupemos con alguna detencion de esta sustancia, en primer lugar porque su uso es por demás comun, y esto hace que si no se conoce bien se abuse con facilidad de él, ó por lo menos no se use con oportunidad; en segundo lugar porque hoy por hoy se halla muy controvertida la ventaja que pueda tener el utilizarlo, y es menester conocer el estado de esta cuestion. Es indudable que se ha abusado de su administracion, es cierto tambien que se ha aplicado en momentos inoportunos, lo cual ha obligado á restringir mucho sus verdaderas indicaciones, pero de aqui á proscribirlo va mucha distancia para que suscribamos á deshacernos de un medio que nos proporciona grandes recursos en casos apurados.

Trataremos primero de la accion *conocida y comprobada* del medicamento y de la manera como lo empleamos, y luego partiendo de estos hechos emitiremos el juicio que nos merece su uso.

Accion y empleo del centeno de cornezuelo.—Esta sustancia, conocida perfectamente por Farmacología, y que por lo tanto no nos entretendremos en describir, se emplea en sustancia y en extracto. La primera es la mejor manera de usarlo; el segundo, conocido con el nombre de *ergotina de Bonjean*, es un extracto acuoso, cuya eficacia es mucho menor; nosotros creemos más aun, y es que carece de verdadera accion electiva sobre la fibra uterina por faltarle un principio que tal vez se escape al hacer la preparacion. Así es que nunca usamos como

oxitócico la *ergotina*, que sin embargo produce buenos efectos como hemostático, pero si el cornezuelo en sustancia que reúne buenas condiciones.

Al analizar el objeto de esta sustancia, vemos que todos los autores hacen notar la diferente energía terapéutica que tiene el cornezuelo, en cada caso, pues mientras en unos es de acción rápida y pasajera, en otros es duradera y permanente; sin embargo, cuando el cornezuelo es fresco, es decir, de la cosecha del año, ha sido conservado fuera de la influencia de la humedad, y recién pulverizado (1), condiciones que debe tener este medicamento para ser bueno, es su manera de obrar bastante uniforme y proporcionada á las dosis á que se administre. Su acción se deja sentir de ordinario á los doce ó quince minutos de su administración, por un aumento en la energía de la contracción y en la intensidad del dolor; es muy común que el dolor no desaparezca entre una y otra contracción, lo cual hace penible el parto. Las dosis se repiten de 15 en 15 ó de 30 en 30 minutos, según la necesidad que haya de apresurar el trabajo, y si no hay obstáculos á la marcha del feto, véanse de ordinario hacerse eficaces las contracciones y terminar pronto la expulsión, siendo manifiesta la acción del medicamento sobre la contractilidad, es decir, sobre las propiedades intrínsecas de la fibra uterina. Este medicamento á dosis moderadas es inocente para la madre; á otras más fuertes puede transformar las contracciones intermitentes en permanentes, y llevar consigo los peligros de un estado espasmódico del útero, hecho que no debemos olvidar al administrarlo. Respecto al feto, no se necesita una gran dosis para que retarde los latidos de su corazón, como consecuencia de su influjo sobre la circulación uterina, por lo cual debe evitarse á todo trance el que llegue el útero al estado de contracción permanente, que llevaría tras sí la asfixia del feto. Para algunos tiene también el cornezuelo una acción tóxica especial sobre el organismo fetal, por absorción de la parte activa del medicamento. Hasta ahora no hemos podido comprobarla. Tal es la acción conocida de esta sustancia según la observación de la mayoría de tocólogos, y que nosotros hemos también comprobado.

La administración del cornezuelo de centeno exige una serie de precauciones para evitar que desarrolle un efecto contrario al

(1) El profesor debe pedir el centeno entero, y pulverizarlo él mismo en un mortero al tiempo de administrarlo, siempre que se trate de casos graves, como son las hemorragias.

que se busca. Desde luego la primera condicion es que se trate realmente de un defecto esencial de la fuerza, y no de un exceso en la resistencia; en todos los casos de resistencia por espasmo del cuello, y sobre todo en las faltas de relacion entre la cabeza y el anillo pélvico, y en las presentaciones viciosas, no debe usarse. Es preciso además que el orificio del cuello esté dilatado, las aguas en parte vaciadas, y las partes blandas dispuestas al paso del feto. El tiempo indicado de su administracion es el período de expulsion; y su duracion lo más corta posible: ya se comprende que cuando se use en el periodo de alumbramiento no se necesitan estas condiciones. Desde el momento en que ha empezado á administrarse el cornezuelo, debe de cuando en cuando auscultarse en el útero, para asegurarse de que no se encuentra coartada la circulacion del feto.

La mejor manera de propinar el cornezuelo es en polvo desleído en un poco de agua caliente, ó bien en una cucharada de caldo ó de vino. La dosis debe determinarse segun el efecto que se quiera conseguir. A la de 50 centigramos administrados cada 30 minutos, produce por lo regular contracciones bastante intensas y sostenidas, sin perjuicio para la madre, y sin que lleguen á hacerse continuas; procedimiento aplicable por lo tanto en el período de expulsion: cuando se trate de una hemorragia en el período del alumbramiento ocasionada por atonia, puede administrarse un gramo repetido cada 12 ó 15 minutos, bastando muchas veces dos dosis, para producir una contraccion intensa y *permanente*, que es lo que se busca. Al contrario; á dosis pequeñas y repetidas, no produce contraccion suficiente para determinar el movimiento del feto, la contraccion que produce es débil, y parece reducida á lo más íntimo de la fibra. Sin embargo, esta accion, que seria perjudicial en el período de expulsion, como medio de activar el parto, se utiliza perfectamente en los casos de hemorragias persistentes, pero poco abundantes; sosteniendo el uso de las pequeñas dosis, 0'15 centigramos durante algun tiempo, se establece una contraccion molecular continua que dá muy buenos resultados en el caso citado, y en aquellos en que se quiere activar la involucion uterina retardada por falta de accion contráctil.

De todo lo expuesto resulta, como hecho experimental, que la *accion conocida* del cornezuelo sobre la fibra uterina, es de activar su contraccion, y que este efecto tiene distinta fuerza y extension segun la manera como se propina el medicamento. Así el efecto

buscado en cada caso particular, puede conseguirse modificando las dosis ó la administracion de las mismas. ¿Puede decirse que, además de esta accion conocida, tenga el cornezuelo otra más ó menos perjudicial sobre el organismo? Esto es lo que no ha descubierto la ciencia, porque la accion verdaderamente tóxica, apreciada por los médicos y por el vulgo, antes que su accion terapéutica, no se produce con su simple administracion arreglada á los buenos procedimientos; para ello se necesitarian más fuertes cantidades ó una duracion en su uso que jamás tiene lugar dentro de las indicaciones obstétricas. Los que han querido ver en esta sustancia propiedades especiales sobre el sistema nervioso, no las han comprobado, pues no puede servir de prueba suficiente el que en algun caso hayan sobrevenido accidentes, que muy bien pueden referirse á una alteracion del producto, ó á su mala preparacion, ó tal vez á no haberse administrado conforme el arte exige.

Apreciacion del empleo del cornezuelo.—Con esta sustancia ha sucedido como con la mayoría de las empleadas en la terapéutica; á medida que se ha ido conociendo mejor, se ha ensanchado el círculo de sus aplicaciones, pero luego se han discutido sus verdaderas propiedades, resultando tal vez nulas las que en un principio se le habian supuesto. El cornezuelo, adoptado como medio esencialmente *ecbólico* ó abortivo, y como tal reconocido por la mayoría de prácticos, se vió pronto que no se limitaba á esto en su accion terapéutica; la experimentacion probó que no era precisamente sobre la fibra uterina donde se ejercia, sino más bien sobre determinada parte del sistema nervioso motor, y de aquí sus aplicaciones concienzudamente hechas sobre estados patológicos en los que importaba disminuir la circulacion, y principalmente su uso como hemostático. Estas dos propiedades se han luego combinado, y ha podido usarse el medicamento como *atrófico*, y fundar en él una medicacion interna especial de los tumores considerados como procesos tróficos que era posible atacar en el mismo origen de su formacion (1). Pero esto mismo ha venido á perjudicar su importancia como excitante de la contraccion uterina, en términos que con el carácter de *ecbólico*, es decir, como agente que puede provocar en cualquier tiempo la contraccion uterina, no es generalmente aceptado. Esto resulta de la observacion de un hecho que puede fácilmente comprobarse: ad-

(1) L. ATLER—A. K. STEELE—W. B. GRAY.—Revue des Sciences medicales.—1877 IX. p. 179.

ministrado el cornezuelo despues de iniciado el parto y formalizadas las contracciones uterinas, estas aumentan, pudiendo, bajo la accion continuada del medicamento, crecer hasta llegar á hacerse permanentes y constituir un estado espasmódico, ese estado espasmódico que ha sido llamado tétanos uterino; pero si se administra antes de empezar el parto, ó antes de la terminacion regular de la gestacion, no provoca contracciones efectivas, como si la accion determinante de la contraccion no estuviese dentro la esfera de su fuerza. Sin aceptar este hecho tan en absoluto, que no puedan presentarse notables excepciones, no puede, con todo, negarse que la verdadera efectividad de la accion del cornezuelo se va presentando á medida que el parto adelanta, siendo su máximum despues de la evacuacion del útero, por lo cual hemos dicho antes que sus verdaderas y capitales indicaciones residian al final del período de expulsion y en el alumbramiento. Pero esto no basta para negar su accion oxitócica, como no basta para negar su eficacia como hemostático, el que muchas veces fracase su resultado. Dejamos á los fisiólogos que examinen cómo y de qué manera se modifican el nervio y la fibra bajo la influencia del cornezuelo ó de la ergotina; pero el hecho de la contraccion de la fibra no podemos negarlo y debemos aprovecharlo para el cumplimiento de determinadas indicaciones.

La principal y más fundada objecion que se ha hecho al uso del cornezuelo, está basada en su inoportunidad y en los peligros de su administracion. Es cierto que durante mucho tiempo se abusó del medicamento que estudiamos, dándolo en cualquier período del parto y para corregir todo género de inercias, de modo que puede muy bien asegurarse que en la gran mayoría de casos en que se usaba era inoportuno y contraproducente. Pero esto era cuando no se conocia bien su alcance, y sobre todo cuando se hacia caso omiso de la índole del estado patológico, cuya modificacion se proponia conseguir. Esta ha sido siempre la conducta de los empíricos y de los malos tocólogos, y uno de los graves inconvenientes de abandonar la práctica de la Obstetricia en manos de personas que ignoran la medicina. Seguramente que entre los profesores cuya educacion médica ha sido completa, no se ha abusado hasta este punto, y serán pocos los casos en que habrán faltado á las condiciones de oportunidad, conociendo los dos extremos en que descansa la indicacion; *accion fisiológica del medicamento y naturaleza de la inercia uterina.*

La segunda razon es el peligro que lleva consigo su administracion. Este es, para la madre el convertir la inercia del útero en un espasmo tónico, y por lo mismo en vez de acelerar el parto ponerle un nuevo obstáculo; para el feto, dificultar la circulacion uterina y consecutivamente imposibilitar la hematose placentaria, sin la cual el feto se asfixia. Lo primero se produce realmente siempre que la contraccion uterina se desarrolla con una energía exagerada, ó bien cuando no se halle el útero en buenas condiciones de contractilidad, y por este mismo hecho sobreviene el segundo efecto; contraidos los planos musculares del útero, no se puede realizar la circulacion de los vasos uterinos y la hematosis resulta imposible. El feto se asfixia. Nosotros creemos que es este el mecanismo, si así puede llamarse, de la muerte del feto, más bien que su intoxicacion por el medicamento, que produciria, segun unos, un verdadero *ergotismo*, segun otros, la suspension de los latidos de las arterias umbilicales, seguida de la del corazon. Este es el hecho que se reconoce perfectamente por la auscultacion despues del uso prolongado del cornezuelo, pero repetimos que lo creemos efecto de la asfixia producida por la cesacion de la circulacion placentaria, más bien que de la absorcion, porque no se produce sino en los casos en que ha llegado á establecerse el estado tetánico de la matriz, aunque la cantidad de medicamento propinada haya sido poca, al paso que en casos en que esta ha sido bastante grande, pero sin producir contracciones espasmódicas, nada ha padecido el feto.

Reconocemos perfectamente la verdad de estos hechos, y lo mucho que deben pesar en el juicio del profesor, cuyo criterio práctico debe siempre ajustarse á lo que resulta de la observacion y del razonamiento de los hechos observados. Por esto sentamos desde luego que el uso del cornezuelo de centeno se halla grandemente restringido, pero no rebajado. El medicamento oxicótico por excelencia debe administrarse *con oportunidad*; esta condicion la fijan: 1.º *la indicacion*, representada por la necesidad de despertar ó activar la accion éxcito-motriz de la fibra uterina, que se ha suspendido espontáneamente, no por haberse agotado en su lucha contra una resistencia invencible. 2.º El período en que se encuentre el trabajo del parto, supuesto que solo se halla preparado el útero á recibir con eficacia la influencia del cornezuelo, cuando la contraccion ha de ser expulsiva, no dilatante, y por lo tanto al fin del parto.

Debe tambien administrarse el medicamento con garantias de *inocuidad*. Esta á la vez la establecen: 1.º *La dosis*, teniendo en cuenta que segun esta sea se significará más ó menos la contraccion, y que, si no importa que sea enérgica y permanente cuando el feto ha abandonado el útero, debe ser graduada é intermitente mientras este no lo ha expulsado. Esta condicion fija tambien el alcance de la accion terapéutica, así una dosis mediana (0'50 gr.) produce la contraccion en todos los planos y por lo tanto el efecto expulsivo, al paso que una dosis pequeña (0'15 ó 0'20 gr.) solo hace contraer la parte más íntima del músculo, dificultando la circulacion uterina sin producir la expulsion del contenido; y una dosis fuerte (1 gramo) produce rápidamente la contraccion permanente duradera. Estos conocimientos son necesarios para no producir un efecto contrario al fin propuesto. 2.º *El escalonamiento de las dosis*, el cual fija la duracion y sucesion de las contracciones. No debe repetirse una dosis sin que racionalmente se crea agotada la accion de la dosis anterior, habida cuenta del tiempo que puede trascurrir entre la ingestion del medicamento y la manifestacion de sus primeros efectos. Hay más: una vez determinada la contraccion, si esta subsiste ordenadamente, no hay que repetir absolutamente la dosis. Esto establece una garantia para el feto, puesto que salva la integridad de la circulacion uterina. 3.º *La duracion*; no puede prolongarse por mucho tiempo la administracion del cornezuelo sin riesgo de provocar la contraccion permanente, seguida al cesar esta de una inercia consecutiva de la peor especie, y por lo tanto con peligros positivos para la madre y para el feto.

Este criterio lo hemos basado en la observacion detenida de los muchos casos en que hemos debido recurrir al uso de un medicamento, que hoy por hoy no tiene reemplazo positivo en la terapéutica, que ofrece dificultades y peligros en su administracion, pero que se pueden estos salvar con una conducta adaptada á los principios científicos. Como corolario de cuanto queda expuesto, formularemos los siguientes

PRINCIPIOS TERAPÉUTICOS, *para servir de base á la medicacion oxitócica por el cornezuelo de centeno.*

1.º El cornezuelo de centeno determina la contraccion activa de la fibra uterina. Esta propiedad se revela cuando se administra el cornezuelo en sustancia recientemente recogido y no alterado por el aire libre ó por la humedad. La *ergotina* (de Bonjean), extracto de la misma sustancia, tiene propiedades análogas,

pero menos determinadas, menos activas, y fracasa con frecuencia.

2.º La accion fisiológica del cornezuelo de centeno se desarrolla *como cantidad*, en proporcion á las dósís; como *modo de desarrollarse*, segun el escalonamiento y separacion con que se propinan las dósís, y como *persistencia*, segun la duracion que se dé al tratamiento.

3.º La administracion del cornezuelo no daña el organismo de la madre. Daña, sí, el del feto, porque imposibilita la hematose placentaria, desde el momento en que la contraccion uterina, sea total ó limitada á uno de los planos, se hace continua y espasmódica.

4.º El cornezuelo está indicado en los casos de inercia uterina esencial; de ninguna manera en las demás formas de inercia enlazadas con viciacion de la resistencia.

5.º El periodo del parto en que está indicado el uso del cornezuelo para combatir la inercia, es el de expulsion, despues de rota la bolsa de las aguas, y cuando no hay obstáculo alguno ni en las partes sólidas, ni en las blandas que se pueda oponer á la rápida salida del feto. Lo está en el periodo de alumbramiento para activar la desimplantacion y expulsion de la placenta, y despues de esto para activar la involucion del útero. En el primer caso no puede usarse sino provocando su accion intermitente; en el último puede llegarse hasta la contraccion permanente.

6.º La duracion de la accion terapéutica del cornezuelo debe siempre ser corta, mientras el feto permanece en la matriz. Aun así debe vigilarse, mientras aquella accion dure, el estado de la circulacion fetal por medio de la auscultacion, y suspender su uso en cuanto esta revele la más lijera alteracion en los latidos cardíacos.

7.º Los medios antagonistas del cornezuelo, y que pueden, por lo tanto, servir para la modificacion de las contracciones producidas por aquel, si se hicieran excesivas, son el baño tibio, ya general, ya semicupio, y el ópio. Esta sustancia obra directamente suspendiendo la contraccion de la fibra uterina, por su accion sobre el sistema nervioso.

II.

Medicacion anestésica y narcótica.

Así como en muchas ocasiones conviene activar la contraccion uterina, en otras se presenta la indicacion opuesta, es decir, la de disminuir ó suspender del todo la contraccion. Esto tiene lugar: 1.º En los casos de fuerza excesiva del dolor, ya sea que corresponda á este igual intensidad en la contraccion, ya que, siendo esta moderada, la sensacion subjetiva *dolor*, sea tan viva, que se haga insoportable. 2.º En los casos de contraccion irregular ó espasmódica, cuyo carácter la hace ineficaz para el parto, aunque muy penosa por el sufrimiento que ocasiona. 3.º Cuando conviene calmar del todo el dolor, es decir, producir una inercia artificial con el fin de facilitar ciertas operaciones. 4.º Cuando es necesario moderar un efecto exagerado de la medicacion oxitócica. 5.º Para combatir los estados eclámpicos.

Dentro de los medios puramente higiénicos encontramos á veces los suficientes para producir la sedacion del dolor, así uno de los mejores calmantes que posee el arte tocológico, sobre todo para calmar las contracciones espasmódicas, es el baño tibio, bajo cuya influencia vemos muchísimas veces regularizarse el trabajo del parto con la mayor rapidez y facilidad. Lo indicamos esto al hablar de las distocias por viciacion de las fuerzas expulsivas, y recordando ahora lo dicho entonces, insistiremos en el precepto de acudir siempre á estos proceder puramente higiénicos, antes de emplear una medicacion activa, á menos que se trate de las tres últimas indicaciones que acabamos de establecer. Cuando esto no dá resultado, debe recurrirse á la terapéutica farmacológica, proporcionándonos entonces los medios de accion la medicacion *anestésica* y la *narcótica*.

Poco diremos de la primera. Al ocuparnos de la anestesia en el parto fisiológico, digimos ya cuanto á ella incumbia, como medio de suprimir el dolor en el parto, objeto principal de la anestesia, pero que no salva los límites del tratamiento higiénico. Cuando esto mismo se hace en una distocia, constituye un detalle de las operaciones, que no debe olvidarse jamás, puesto que facilita al profesor su accion, y hace más llevadera á la paciente sus sufrimientos. Ahora solo añadiremos, que en este caso entran las mismas consideraciones allí expuestas; no se necesita, por

regla general, en las operaciones obstétricas, producir más allá del grado obstétrico de anestesia; solamente la *operacion cesárea* y en algun caso una difícil operacion de embriotomía exigirán el grado de anestesia quirúrgica. Procediendo á la aplicacion de la anestesia conforme consignamos para los partos fisiológicos, solo debe añadirse que se sostendrá todo el tiempo necesario para completar la operacion. Las reglas generales de la cloroformizacion, son aqui las que fijan la conducta médica.

Fuera de esto, la anestesia se aconseja en dos distocias notables: la irregularidad ó exageracion de las contracciones uterinas, y la eclampsia. Respecto á la primera, hemos manifestado ya nuestra opinion al hablar de la influencia de las inhalaciones de cloroformo sobre la contractilidad uterina. Si esta no se modifica por la presencia en la economía de aquel agente medicamentoso, á menos que llegue hasta un grado tóxico, mal podemos esperar una accion modificadora sobre el mecanismo pervertido de la contraccion uterina. Y en efecto, la experiencia nos ha comprobado, cuando hemos querido acudir á la anestesia clorofórmica para corregir el citado vicio de contractilidad, que era completamente inútil, á menos que se tratase de un espasmo uterino, enlazado íntimamente con ese eretismo nervioso general, especie de histerismo que tanto perjudica la buena marcha del parto, mas que en tal caso no era la contractilidad la modificada directamente, sino el cerebro, cuya reduccion debia llevar la calma á los fenómenos reflejos sostenidos por su excitacion anómala. (Véase página 376.)

En cuanto á la anestesia usada como tratamiento de la eclampsia, queda expuesto al tratar de esta el efecto ventajoso que alcanzamos de su uso. Es cierto que el resultado por nosotros obtenido no está quizás del todo conforme con muchos autores, que afirman no haber sido felices en el ensayo de esta medicacion; pero esto no puede invalidar los hechos, puesto que estos son, y no la autoridad personal, los que en medicina determinan los principios y las leyes. Partiendo de estos mismos resultados, no titubeamos en establecer como uno de los mejores tratamientos de la eclampsia puerperal, la medicacion anestésica, en el concepto, empero, de que necesita otro tratamiento que la complete. Recuérdense las dos formas capitales establecidas para la eclampsia; una *esencial*, otra *sintomática* de la uremia; (*eclampsia albuminúrica*), en una y otra el cloroformo calma, suspende el paroxismo convulsivo, y aunque no sea esto todo lo que se busca,

es ya un gran paso para llegar al fin deseado. Para esto es menester una accion más directa y duradera sobre el cerebro, que en el primer caso alcanzan los narcóticos, y en el segundo los modificadores de la sangre, de cuya alteracion parte la causa de la enfermedad. Por esto al tratar del tratamiento de la eclampsia se expuso el método, segun el cual se combinaban los agentes farmacológicos, á los cuales se confia la curacion de aquel temible estado patológico. La medicacion anestésica, pues, debe figurar en primer linea como aplicable á la eclampsia, usando de ella conforme queda expuesto en el capítulo que trata de esta distocia. (V. Part. 1.^a, cap. VI, pág. 378.)

La medicacion narcótica tiene más ancho campo en que ejercerse, pudiendo cumplir con ella la mayor parte de las indicaciones consignadas al principiar este artículo. Las contracciones excesivas, las espasmódicas, las inoportunas, los accesos convulsivos, etc., se dominan con los narcóticos, que representan en manos del tocólogo un papel tan importante como los oxitócicos, aunque en el extremo opuesto. Y aquí sucede lo mismo que vimos pasaba con aquella medicacion; así como su representante genuino vimos que era el cornezuelo de centeno, aquí, en la que nos ocupa, es el ópio, ante cuya eficacia desaparece por completo la eficacia de los demás individuos de su clase.

El ópio, pues, será el medicamento indicado siempre que queramos calmar ó disminuir la accion contráctil del útero, teniendo presente al administrarlo que se trata de un medicamento cuya accion no es fácil localizar, y que obra primitivamente sobre los centros nerviosos, por cuya razon va rodeado de peligros que exigen, para evitarlos, conocer bien su alcance y sus diferentes acciones fisiológicas. El ópio, como calmante de la contraccion uterina, preferimos administrarlo en forma de enemas, en cuyo caso adoptamos la fórmula siguiente:

R. De un cocimiento emoliente.—100 gramos.

De Láudano de Sydenham.—40 gotas. M.

Para dividirlo en cuatro enemas, administrando uno cada media hora, hasta conseguir el efecto sedante. A veces va acompañada la irregularidad en las contracciones de un estado de excitacion general, y en este caso es preferible indudablemente la administracion del ópio por las vias gástricas. Puede darse el extracto acuoso, ó mejor aun, como tenemos costumbre, los polvos de Dower, á la dosis 0'20 de gramo, repetida con la frecuencia y por el número de veces que sea necesario para calmar

la contraccion. Puede recurrirse en algun caso extremo á las inyecciones hipodérmicas, hechas con una solucion de acetato de morfina, en la proporcion de 0'1 por 10'0, pudiendo inyectar de una vez un gramo de liquido, que representa 0'01 centígramo de medicamento. Esta cantidad de morfina será suficiente para producir rápidamente la calma de la contraccion (Braun), pero tiene el inconveniente de provocar el narcotismo, gracias á la rapidez con que es llevado á los centros cerebrales. No deberá usarse, pues, mas que en los casos extremos, cuando la administracion del ópio por otras vias ha fracasado, y urge poner remedio al estado de aberracion de la contractilidad uterina (1).

Cuando usamos de esta medicacion para conseguir una inercia artificial, ya sea para proporcionar un tiempo de descanso en un parto excesivamente largo, ya para facilitar la manobra en alguna operacion tocológica, podremos graduar más las dosis, y no temer que se produzca el narcotismo, pues mientras este no pasa de su primer grado, lejos de perjudicar, favorece al fin propuesto, y en muchas ocasiones un sueño prolongado, aunque haya sido obtenido artificialmente, cambia de una manera radical la marcha del parto, convirtiendo en fisiológico y rápido el que antes se iba presentando ya difícil, por las anomalias de la contractilidad llevadas á un grado extremo.

La medicacion narcótica no debe usarse nunca en el período de alumbramiento, ni al fin de la expulsion. A estas épocas conviene mantener muy viva la contractilidad, y todo lo que pueda disminuirla se convierte en causa de hemorragias. No solamente esto, sino que si ha tenido que emplearse esta medicacion en el curso del parto, y ya próximo á finalizar este queda en el útero alguna tendencia á la atonia como vestigio de aquella medicacion, es conveniente prevenir esto administrando alguna dosis de cornezuelo, que con su accion neutralice la poca actividad del útero y sirva de profiláctico de una hemorragia.

La medicacion narcótica usada para combatir los estados eclámpicos, debe buscarse tambien en el ópio, ó mejor aun en sus alcaloides, sobre todo la morfina. Es indudable que este medicamento es suficiente muchas veces para producir una tranquilidad bastante en el estado convulsivo, y en algunas ocasiones la calma definitiva, sobre todo si se auxilia su accion con la de los anti-

(1) Goubler propone las inyecciones hipodérmicas de morfina para el tratamiento de los vómitos incoercibles del embarazo. En este caso se inyecta en el epigastrio 0'005 gr. de acetato de morfina.

espasmódicos. Como la acción de la mayor parte de estos es pasajera, el efecto no puede ser duradero, razón por la cual damos la preferencia al bromuro potásico, que es, á nuestro modo de ver, el mejor auxiliar de la anestesia y del ópio.

Siempre que se plantee la medicación narcótica, deben tenerse muy presentes los preceptos terapéuticos que van anexos al uso de estas sustancias, de acción enérgica sobre el organismo, y de influencia modificadora tan profunda, que les ha valido el adjetivo de *heróicas*. Decimos esto, porque aquí más que en ninguna parte necesita el médico conocer bien la parte de la ciencia que se refiere al modo y forma de administrar los medicamentos, si no quiere correr peligros serios al tratar diferentes distocias.

III.

Medicacion hemostática.

Cuando en el decurso de los procesos que constituyen la gestación y el parto se presentan hemorragias, hemos visto que podían atribuirse á diferentes causas, que representaban otras tantas alteraciones distintas en el modo de ser ó en el modo de funcionar los órganos afectos á aquellos estados. Hemos visto también que la manera de oponerse á esta distocia accidental, variaba según su naturaleza; que en unos casos se iba á buscar la causa en la manera de estar colocados los factores del parto, y no había más medio de detener el flujo sanguíneo, que modificando aquellas relaciones. En otras se refería la hemorragia á una inercia del útero, por causa de la cual no se cerraban convenientemente las boquillas de los vasos abiertos y entonces la medicación oxitócica era la que dominaba la hemorragia, que otras veces era un defecto en la misma organización anatómica la que explicaba la pérdida, tenuidad vascular ó falta de cohesión de algunos tejidos que dejaban sin fuerza los senos para contener la sangre, y entonces debíamos recurrir para cohibirlos á medios puramente mecánicos. Es decir, que en la mayoría de casos la indicación hemostática se cumple al llenar otras indicaciones, de las cuales aquella no es más que una consecuencia. Solamente un grupo de hemorragias parece escapar á esta ley general y son las dependientes de la tenuidad de tejido y de la naturaleza especial hidroémica del líquido sanguíneo.

Como al tratar de las hemorragias no hemos podido menos que ocuparnos en cada una de sus formas de los diferentes medios de oponernos á ellas, puede darse ya por expuesto todo lo que se refiere al cumplimiento de la indicacion hemostática en el parto, al cual se llega casi siempre por medio de procedimientos manuales, y muchas veces con medios mecánicos, resultando ser pocos los casos en que pueda fiarse únicamente á la medicacion farmacológica el tratamiento de una hemorragia.

Nótese, sin embargo, un hecho, y es que á menudo tenemos que recurrir á los medios oxitócicos para cohibir un flujo sanguíneo, lo cual se explica porque en la mayoría de casos está motivada este por la inercia del útero, disipada la cual y restablecida la contractilidad ó la tonicidad uterinas, se coloca en su lugar la naturaleza, que con sus propios recursos cierra las venas y corta el escape del liquido contenido. Y por este hecho nos encontramos otra vez frente por frente del cornezuelo de centeno. Esta sustancia medicamentosa obra para cohibir las hemorragias de dos maneras distintas: en unos casos excita simplemente la contraccion de las fibras uterinas; gracias á esto se cierran las boquillas de los vasos y no puede salir la sangre en ellos contenida: en otros casos obra por su propiedad de hacer contraer las tónicas de los vasos, estas se retraen, se cierran y la sangre deja de manar. Es muy posible que estas dos acciones sean originariamente una misma, es decir, la excitacion de la parte del sistema nervioso que preside á la contraccion de la fibrilla muscular lisa, pero en el terreno de la clinica viene á representar dos acciones distintas, en virtud de cuya distincion, apelamos á la propiedad de hacer contraer la fibra uterina, en aquellos casos en que está bien comprobada la inercia como causa de la hemorragia; al contrario, cuando esa inercia no puede comprobarse, y sin tener que recurrir á una distocia de otro género, la explicamos por un estado atónico ó pasivo del sistema circulatorio; entonces buscamos las propiedades conocidamente hemostáticas del cornezuelo, al igual que se hace en las hemorragias de cualquier otro órgano. Para esta medicacion nos valemos con más frecuencia de la ergotina (extracto acuoso del cornezuelo), en la cual parece residir perfectamente la propiedad hemostática expresada, y es de más fácil administracion. La primera manera de obrar se refiere principalmente á la medicacion oxitócica; la segunda es propiamente la hemostática.

Tiene aplicacion esta en varios casos, pero muy especialmente en el aborto iniciado por pequeñas desimplantaciones del huevo, que serian insuficientes para determinar la completa expulsion, si se puede contener la hemorragia, porque la sangre insinuándose entre el útero y la superficie externa del huevo es la que separa este, á la manera que si lo disecara. Otro caso de indicacion franca de los hemostáticos es el de las hemorragias post-puerperales tardías, en las que ya casi del todo reducida la matriz, sigue desprendiéndose sangre por un defecto de organizacion de la mucosa renovada. Ya que no se pueda entonces perfeccionar y completar esa organizacion, se procura sacar partido de los medios que modificando la superficie uterina, cierran las boquillas abiertas de los vasos.

La mejor aplicacion de los hemostáticos en esos casos es aprovechando su accion local, supuesto que local es la lesion causante de la hemorragia; pero la dificultad está en llegar á esto por lo poco factible que es en la mayoría de casos indicados el llevar un medicamento hasta la cavidad del útero, razon por la cual se sustituye frecuentemente por el taponamiento, cuya accion, mecánica en su principio, acaba por producir la coagulacion de la sangre y consecutiva obliteracion de los vasos. Cuando se puede usar un hemostático local, lo hacemos por medio de las inyecciones de líquidos astringentes, entre los cuales figuran, como de accion lijera y aplicable por lo tanto á casos sencillos, el vinagre, ámpliamente dilatado en agua (oxicato), la misma disolucion del ácido sulfúrico, el cocimiento de agallas ó el de hojas verdes de nogal, etc. Cuando la indicacion es más grave por referirse á hemorragias ya notables por la cantidad de sangre despedida y por su persistencia, debe acudirse á otros astringentes más poderosos, entre los cuales figura en primera linea el percloruro de hierro. Esta sustancia, sin embargo, tiene un inconveniente; coagula rápidamente la sangre, formando con ella una pasta que adhiere á la superficie uterina, y la estimula de una manera que puede llegar á convertirse en irritacion local. Como en la indicacion á que nos referimos, la matriz está contraída, la irritacion provoca calambres dolorosos, hasta que son eliminados aquellos coágulos. A pesar de esto no dudamos en inyectar en el útero una solucion de percloruro de hierro, á 16° (Beaumé), cuando no tenemos otro medio de oponernos á una hemorragia pertinaz. Quizás fuera preferible en algunas ocasiones la solucion del sulfato de hierro, cuyo efecto se aproxima

algo al del percloruro, aunque menos intenso, pero en cambio es menos seguro.

Puede auxiliarse la acción local de los hemostáticos, procurando su acción interna sobre el sistema circulatorio, y en este caso más que ningún otro medicamento puede servirnos la ergotina, á la dosis de 0'25 á 0'50 gramos, repetida según lo exija la gravedad del accidente, y sin miedo alguno aunque la enferma llegue á tomar 3 ó 4 gramos en las 24 horas. Otros dos medios de acción interna hemos ensayado con buen éxito como hemostáticos; el ácido gálico á la dosis de 0'05 gramos repetida de hora en hora, y el percloruro de hierro á la de 10 gotas de la solución á 30°, con lo cual hemos contribuido eficazmente á la curación del terrible accidente de una hemorragia.

Podemos aquí referirnos á lo dicho anteriormente respecto al cornezuelo, cuando de él nos hemos ocupado como medicamento oxiótico. La experiencia nos ha demostrado su eficacia como hemostático, si bien en algunos casos ha fracasado por completo. Estos fracasos, sin embargo, no bastan á desautorizar la medicación, y nosotros los atribuimos á la índole del accidente, que no reconociendo tal vez por causa una atonía de la fibra, no es modificable por la contracción provocada en esta, á la vez que lo será ó por un agente que obre mecánicamente sobre un vaso abierto, ó por otro que ejerza su acción sobre la mucosa ulcerada, reblandecida, etc. Lo cual quiere decir en definitiva que la acción hemostática de la sustancia en cuestión, es esencialmente la misma acción oxiótica, en distinta esfera de acción.

CAPÍTULO II.

Operaciones manuales.

Hemos dividido las operaciones tocológicas en dos grandes grupos: *Operaciones manuales* y *operaciones instrumentales*. Con la primera denominacion señalamos los procedimientos que se llevan á cabo simplemente con la mano sin necesidad de auxiliarse de instrumentos de ninguna clase. Estas operaciones pueden tener dos objetos distintos. Unas veces tienen por fin directo el que lo es absoluto del parto, de modo que ayudando á la accion del organismo, ó modificándola cuando está perversa, ó sustituyéndola por completo, contribuyen á terminar la expulsion del feto ó de sus anexos, que sin aquellos procedimientos hubiera sido imposible. Otras veces solo se dirigen á la modificacion de algun accidente que viene á complicar un tiempo de la expulsion, á corregir ciertas consecuencias de una operacion practicada, ó á establecer relaciones favorables para los procedimientos, de modo que pueden considerarse como complementarias de otras operaciones, ó como auxiliares del parto natural.

No se crea, sin embargo, que esta distincion es absoluta, puesto que una operacion auxiliar puede influir de tal manera en la marcha del parto y hacerse tan necesaria que resulte capital por sus efectos, y vice-versa, una operacion capital puede practicarse, no para terminar artificialmente el parto, sino para establecer mejores condiciones para su terminacion natural. Si la adoptamos es únicamente para metodizar el estudio, y presentarlo á los discípulos por el orden de su importancia práctica.

Estudiaremos pues en los artículos sucesivos las operaciones manuales siguientes: 1.^a *Versión y extracción del feto*.—2.^a *Extracción de la placenta*, las cuales consideramos como *capitales*.—3.^a *Rectificación de algunas posiciones viciosas*.—4.^a *Reducción de los miembros*.—5.^a *Reducción del cordón*.—6.^a *Método de expresión*, consideradas estas cuatro últimas como *operaciones complementarias*.

I.

VERSION.—A.—Version por maniobras externas.—B.—Version cefálica.—C.—Version podálica (*método clásico*).—D.—Métodos especiales de version.

Nøgele define la version: «una operacion por medio de la cual se cámbia la presentacion del feto en conformidad á ciertas reglas del arte *cond fin*, ya de hacer posible ó fácil la expulsion *espontanea, ya de* preparar la extraccion que está indicada, pero que *debe* practicarse mientras conserve el feto su presentacion *relativa*.» Adoptamos esta definicion, aunque parece *antigua*, porque comprende la verdadera doctrina de la version, y es *científica* en todos los casos que ocurran. La esencia de la version es realmente el cambio de presentacion, pero la que se establece no es *absolutamente* más ventajosa, como dicen algunas definiciones, es tan solo *relativamente* más oportuna, pues nadie dirá que la presentacion de nalgas que sustituye á una de vértice sea mejor; pero para el caso particular en que esto se realiza, es más oportuna y hasta podemos decir necesaria, puesto que facilita la extraccion del feto, que es lo que se pretende: circunstancia que viene comprendida en la última parte de la definicion de Nøgele.

La version la encontramos mencionada en los libros antiguos, pero en un solo sentido, en el de la version cefálica, puesto que entonces solo se consideraban naturales y posibles las presentaciones de la cabeza, aunque parece probado que en la época de Celso se practicaba la extraccion por los piés; pero debe remontarse hasta Ambrosio Pareo (1) y Guillemau (2), para encontrar este procedimiento elevado á precepto científico. Desde esta época hasta nuestros dias, se ha trabajado mucho en este terreno, ya para modificar y perfeccionar los procedimientos operatorios, ya para establecer formalmente las indicaciones, en términos que los tocólogos actuales han hecho de este uno de los más interesantes capítulos de la Obstetricia práctica.

La version es indudablemente una de las operaciones que cuenta con mayor número de indicaciones, y por otro lado, lejos de ser, como muchos opinan, de fácil ejecucion, es una de las que exigen mayor destreza, y frecuentemente fracasa.

(1) Briefve collection de l'administration anatomique etc. París 1550.

(2) De l'heureux acconchement des femmes. París 1609.

El cambio de presentacion que constituye la version puede realizarse por medio de simples maniobras externas, ó bien introduciendo la mano dentro de la matriz. A su vez puede llevarse al estrecho superior la cabeza ó los piés; en el primer caso se llama la version *cefálica*; en el segundo *podálica* ó *pélvica*. Tenemos, pues, la operacion que estudiamos dividida en dos conceptos: como procedimiento manual, y como resultado final. La más usada y que constituye un procedimiento perfecto es la version por *maniobra interna*, y con preferencia la *podálica*. Algunos procederes especiales tienen por base la combinacion de las dos maniobras.

A.—VERSION POR MANIOBRAS EXTERNAS.

El objeto de esta operacion es imitar el procedimiento de la naturaleza en los casos de version espontánea, llevando al estrecho superior uno de los extremos del ovoide fetal en las presentaciones transversales, pero solo á beneficio de la impulsión que puede comunicarse al feto al través de las paredes abdominales y las paredes uterinas. Aquí, pues, se necesitan dos datos previos de muchísima importancia: 1.º Un conocimiento perfecto de la situacion que guarda el feto, y cada una de sus partes. 2.º Una movilidad completa de este, para que le sea fácil obedecer á la impulsión que se le comunique. En este concepto la operacion ha de ir precedida de un diagnóstico perfecto formalizado en vista de todos los datos que puedan recojerse. Además, no será factible, segun opinion de los prácticos, mas que antes de empezar el trabajo, y excepcionalmente despues de empezado este cuando no es completa la dilatacion y antes de la division de la bolsa. Solamente así se reúnen las condiciones de completa movilidad del feto, y depresibilidad de las paredes del útero, que permitan sea eficaz la impulsión. Algunos autores exigen aun otra condicion, y es que la parte que ha de ser llevada al estrecho superior (la cabeza ordinariamente) esté poco separada de él, á fin de que tenga que recorrer poco espacio.

Bien establecido el diagnóstico, y en las condiciones mencionadas, toda la operacion se reduce á movilizar el feto por medio de presiones exteriores hechas metódicamente, tomando como puntos de apoyo los abultamientos que representan las dos extremidades del ovoide fetal.

Procedimiento.—Supongamos una primera posicion del hombro derecho: la cabeza ocupa la fosa iliaca izquierda; las nalgas el

vacio derecho. Colocada la mujer en decúbito supino, los muslos levantados, y la pélvis un poco más alta que el tronco, se aplica la mano derecha extendida sobre la cabeza, la cual se empuja de izquierda á derecha, dirigiéndola al estrecho superior; la mano izquierda se apoya sobre las nalgas, las que son empujadas hácia la línea media del abdómen por un movimiento simultáneo con el de la mano derecha. Si el feto está bastante movable, y obedece á esa doble impulsión, bascula y toma la dirección vertical, en vez de la transversal (ú oblicua) que antes tenia. Conseguido esto, es preciso mantener algun tiempo el feto en su nueva situación, ya por medio de la presión, ya por un vendaje; si la operación se hubiese practicado empezada la dilatación, el mejor medio de fijar la cabeza que ha ganado el estrecho superior, será romper las membranas, con lo cual, vaciándose el útero, la cabeza encajará.

Por más que esta maniobra parezca sencilla, deja de dar resultado muchas veces, porque se choca con grandes dificultades. Desde luego es poco menos que imposible cuando se ha empezado á vaciar el ámnios, é imposible del todo, si no queda en él agua bastante para facilitar el movimiento. Aun teniendo en cuenta que exista esa movilidad, fracasa la maniobra casi siempre en las posiciones dorso-posteriores, porque la presión obra entonces sobre los miembros, que se dislocan con facilidad, pero sin que el tronco siga su movimiento. Cuando el útero está muy tenso, la acción de las manos no llega al feto; es el útero mismo entonces el que se mueve, y por lo tanto no dá resultado la operación.

Se ha descrito por Wigand un método de versión, que podría llamarse lento, y consiste en colocar á la mujer en decúbito lateral, correspondiendo al opuesto en que se encuentra la cabeza; luego se coloca una almohada debajo de las nalgas, de manera que comprima estas hácia el centro; á este movimiento corresponde otro opuesto de la extremidad cefálica, solicitado solo por la fuerza de gravedad. Completando esta idea, se ha propuesto un vendaje compuesto de dos pelotas que comprimen en sentido opuesto las dos extremidades del feto, pero que no tiene ninguna utilidad práctica.

Por la sencilla explicación hecha, se comprende que la versión por maniobras externas es casi siempre *cefálica*, es decir, que la parte reducida al estrecho superior, es la cabeza del feto. Pudiera ser también pélvica, en cuyo caso no cambiaría nada el

mecanismo, pero no se presenta ocasion, porque no existen presentaciones transversales en que las nalgas ocupen la fosa iliaca, solamente en una presentacion de nalgas algo oblicua, se observaría este fenómeno, y entonces la reduccion se verificaria espontáneamente por las contracciones uterinas al tiempo de la rotura de la bolsa.

Otro hecho debemos hacer notar, y es lo reducido de las aplicaciones de este procedimiento, pues se limita á las presentaciones de tronco, en que existe la movilidad del feto mencionada. Todo esto hace de la version por las maniobras externas, una de las menos aplicables en la práctica de la Obstetricia.

B.—VERSION CEFÁLICA.

La version cefálica es la operacion que tiene por objeto sustituir la parte que se presenta en el estrecho superior, por la cabeza. Como acaba de verse en los párrafos que preceden, es este ordinariamente el resultado de la versión por maniobras externas. Aceptada en principio por los tocólogos anteriores á Ambrosio Pareo, cayó luego en completo desuso, hasta que pretendió resucitarla Flamant (fines del siglo XVIII), y luego Osiander y Wigand (1807), pero sobre todo fué preconizado el procedimiento por D'Outrepoint, quien aplicó á él la version *combinada interna y externa*, verdadero bosquejo del llamado hoy *método bipolar*.

Todos estos trabajos, sin embargo, no han conseguido que la version cefálica sustituyera á la podálica, precisamente por lo raro de las ocasiones en que se presenta con garantías de éxito. Podemos decir que son estas las mismas que para el procedimiento anterior por maniobras externas; es decir, completa movilidad del feto, y por lo tanto integridad en la bolsa, ó, si esta se ha roto, muy corta evacuacion de las aguas. En el primer caso, antes de empezar el trabajo, ó antes de la completa dilatacion del cuello, se hace la version por maniobras externas. Despues de rota, debe hacerse por el procedimiento que vamos á exponer, tal como lo describen Velpeau y Stoltz.

Procedimiento.—La parturienta se coloca ó bien en decúbito supino, que es lo preferible, ó en el lateral, segun los operadores ingleses. Se introduce en el útero la mano de nombre distinto del lado en que está la cabeza (C. I. I.—mano derecha. C. I. D.—mano izquierda), sea cualquiera el hombro que se presente. Al pasar la mano por el estrecho superior, empuja el hombro que en

él se encuentra, y lo dirige hácia la fosa iliaca opuesta á la que ocupa la cabeza; en seguida, pasando la mano entre esta y la fosa iliaca en que descansa, se coje anchamente y se lleva hácia el centro, haciéndole ocupar el estrecho superior. Para facilitar esa dislocacion del feto, la mano del operador que queda libre, se aplica por encima del abdómen sobre la extremidad pélvica del feto, y se la empuja hácia arriba y al centro, es decir, se realiza la maniobra que más adelante describimos más detalladamente con el nombre de version bipolar. Cuando se ha desprendido el brazo correspondiente, no es factible esta operacion, á menos que aquel se reduzca, lo cual casi siempre es imposible.

Resulta de esto que, al intentar la version cefálica, se pierde un tiempo precioso, pues no puede conseguirse el fin propuesto sin pasar á practicar la version podálica, que tiene muchas más probabilidades de éxito. Unicamente en los reducidos casos en que concurren las condiciones antes expuestas, se puede intentar hacerla por maniobras externas.

Como complemento de esta doctrina, añade Barnes dos preceptos que deben tenerse muy presentes: 1.º Que cuando se ha conseguido por este procedimiento llevar la cabeza al estrecho superior, antes de la division de la bolsa, se abra esta, para que la contraccion uterina fije la cabeza. 2.º Que si despues de esto sigue aun movable, se mantenga en su sitio por medio del forceps, hasta que las contracciones determinen su encajamiento. Añade que muchas veces conviene completar por medio de este instrumento la extraccion del feto.

C.—VERSION PODÁLICA: MÉTODO CLÁSICO.

La version podálica ó pélvica supone una presentacion en que la extremidad pélvica del ovoide fetal no se encuentra en el estrecho superior, y de consiguiente una presentacion de vértice, de cara, ó de tronco: la operacion consiste en ir á buscar los piés de la criatura dentro del útero y llevarlos á la excavacion, con lo cual dá el feto una vuelta sobre sí mismo sustituyendo en el estrecho superior la pélvis, á la cabeza ó al hombro que la ocupaba. La esencia pues de los procedimientos es la evolucion que se hace sufrir al feto para conseguir el cambio de postura.

Ya hemos dicho anteriormente, que entre los antiguos apenas fue conocida esta operacion, como no sea por Celso, y que

debemos remontarnos hasta muy cerca de nuestros tiempos para encontrarla adoptada generalmente por los tocólogos. Hoy día es una de las operaciones tocológicas que tienen más aplicaciones en las distocias.

Indicaciones.—Los casos en que la version podálica *debe* practicarse pueden resumirse en dos grandes grupos: 1.º Aquellos en que la presentación que guarda el feto es un obstáculo positivo para la conclusión del parto; el caso de consiguiente de las presentaciones de tronco, sea cual fuere la posición, y luego el de presentaciones cefálicas, con posición viciosa, ó complicadas con procidencias de los miembros irreducibles. 2.º Aquellos en que la presentación es buena y normal, pero que por haberse presentado una distocia accidental, conviene terminar rápidamente el parto por medio de la extracción manual del feto, como los casos de ruptura del útero, hemorragias, eclampsia, muerte inminente del feto, etc. En el primer orden de indicaciones, se cumple el objeto total de la operación con sola la version, es decir, la sustitución de la presentación existente por la de nalgas; una vez estas en el estrecho superior, la naturaleza por sus propios esfuerzos termina el parto con la expulsión total. En el segundo, la version no es más que una *preparación necesaria* para la extracción, que es la que constituye el objeto final que el profesor se propone.

Con lo dicho se comprende que *version* y *extracción* son dos maniobras distintas, si bien se encuentran reunidas en la mayor parte de libros de Obstetricia, figurando la extracción como el tercer tiempo de la operación. Esta cuestión no tiene importancia: en la mayor parte de los casos en que la version se practica, se hace también la extracción, de modo que esta constituye realmente en muchas ocasiones el tiempo complementario de la version; pero sea que se haga con estas condiciones, sea que se verifique en una presentación de nalgas, siempre es el mismo el manual operatorio, y la serie de preceptos que deben tenerse presentes. Es cierto también que el mayor número de extracciones se hacen después de una version, siendo reducidísimas las que se practican primitivamente, lo cual explica y legitima el que se hayan considerado como partes de una misma operación total.—Dejando consignada pues la independencia que existe entre ambas maniobras, puesto que una y otra pueden practicarse aisladamente, describiremos la *extracción* como tercer tiempo de la *version*, en el método clásico, haciendo luego las referencias convenientes al hablar de la *extracción simple*.

Tratándose de la version, no solamente deben tenerse en cuenta las *indicaciones*, que son las que hemos expuesto en resúmen (V. además el cap. DISTOCIAS), sino tambien las *condiciones* que hacen su realizacion posible en los casos en que se halla indicada. En estas condiciones se fundan las garantías de éxito para la madre y para el hijo, y son las tres siguientes:

1.^a Es necesario que al ir á practicar la operacion, el orificio uterino esté *dilatado* ó por lo menos bastante *dilatable* para permitir el paso por él de la mano y brazo del operador, sin peligro de lesion.

2.^a El cuerpo del feto debe ser movable, sin lo cual no podrá evolucionar dentro del útero; esto supone la presencia de bastante cantidad de líquido amniótico. Cuando este se ha derramado, y la matriz fuertemente contraída se aplica sobre el cuerpo del feto, la version es sumamente difícil, muchas veces del todo imposible. Si en semejantes condiciones fuese necesario practicar la version, tiene que combatirse ante todo la contraccion uterina, y proceder por medio de métodos especiales, los cuales no siempre tienen el resultado que se espera.

3.^a Es necesario que la pélvis tenga la suficiente anchura en sus diversos diámetros para el paso del feto (1).

Reunidas estas condiciones, puede la operacion practicarse, y solo falta determinar el momento. Aquí nos encontramos, como en la mayor parte de operaciones, con dos casos distintos: uno en que la operacion no urje; otro en que sean ó no buenas las circunstancias, es preciso operar. Una presentacion viciosa perfectamente reconocida nos obliga á hacer la version, pero nos dá tiempo y podemos esperar aquel momento en que esté bastante dilatado el cuello, y se conserven aun integras las membranas, con cuyas condiciones operamos holgadamente dentro lo prescrito por el arte. Pero si sobreviene una ruptura del útero, ó un acceso eclámpsico en un momento en que no esté bastante dilatado el cuello, ó se ha derramado la mayor parte de las aguas, nos encontramos en malisimas condiciones forzadas, que comprometen el éxito de la operacion. Por esta razon podemos establecer como precepto para fijar el momento de operar, que cuando la operacion es prevista elejiremos aquel en que el cuello esté suficientemente dilatado, y no esperaremos á que se rompa la bolsa; cuando la operacion se presenta indicada por complica-

(1) Condicion de que prescindien los que aconsejan la version en algunas estrecheces pélvicas.

ciones, si puede practicarse lo haremos inmediatamente; si el cuello no está dilatado, dejaremos que se dilate, colocando entretanto á la mujer en decúbito horizontal con la pélvis algo levantada, á fin de evitar en lo posible el derrame de las aguas; y que si estas han salido ya, y el útero estuviese tan contraído que imposibilitase la maniobra, no la empezaremos sin procurar la relajacion por los medios apropiados que ya conocemos.

Establecida la indicacion y la oportunidad de la version, es preciso enterar á la familia de la situacion en que se encuentra la paciente y de la necesidad de operar, como asimismo de los peligros que la operacion lleva consigo. En cuanto á la misma interesada no conviene decirle la verdad, sino simplemente indicarle la utilidad de practicar una exploracion más detenida para rectificar una pequeña desviacion que no tiene importancia. Si se trata de anestesiarla, se le hará comprender que este cuidado no lleva más objeto que ahorrarle los dolores y sufrimientos naturales del parto. En séguida se dispone todo lo necesario para que durante la operacion no tenga que distraerse el profesor y disponga fácilmente de todos los detalles.

Procedimiento.—El primer cuidado es colocar á la mujer en la posicion oportuna para ser operado. Lo comun es adoptar para estos casos la postura que se ha llamado ya de las *operaciones obstétricas*. Se dispone la cama á una altura como la de una mesa, colocando debajo del primer colchon una tabla para que sea horizontal y resistente y no se hunda: uno de los lados de la cama se apoya contra la pared; en el otro deberá colocarse la operada. Esta, vestida como indicamos para el parto natural (V. parte 3.^a, pág. 339), y habiendo préviamente evacuado el recto y la vejiga, se acuesta al través de la cama, de modo que el sacro corresponda al borde libre de la misma, quedando el estrecho inferior fuera del plano de aquella; los piés descansando sobre dos sillas á una altura poco menor que la de la cama, para que resulten los muslos levantados, y es mejor aun que se sienten en las sillas dos ayudantes (que serán si es posible dos mujeres), y entonces descansarán los piés de la paciente sobre las rodillas de aquellas, que á su vez sujetarán con sus manos el pié y el muslo correspondiente de la parturienta. El dorso y la cabeza se mantienen lijaramente levantados por medio de almohadas, teniendo en cuenta que cuanto más horizontal esté el cuerpo mejor se practica la maniobra. Delante de la cama, en el suelo, debajo mismo de las partes genitales, se coloca un lebrillo para

recibir los líquidos que se desprendan y en el último tiempo la placenta. Se necesitan además otras dos personas; una que sostenga la operada por los brazos, subida á la cama, y un ayudante inteligente ó una matrona para auxiliar al operador en la maniobra si fuere preciso. Cuando se cloroformiza, se añade á ese personal el profesor encargado de aquella operacion. Los ingleses adoptan para operar, el decúbito lateral izquierdo; y puede tambien en ciertas ocasiones colocarse la mujer sobre las rodillas y los codos, posicion que se adopta cuando en otra no ha sido posible verificar la version, y que nosotros creemos preferible en los casos de presentacion de tronco dorso-posterior. Entonces, la mano, que tiene que ir á parar entre la pared anterior del útero y el plano anterior, recorre mejor el trayecto y maniobra con más holgura si está en supinacion, lo cual se consigue colocando á la operada conforme dejamos expresado.

La posicion que debe guardar el operador, es de pié, firme y con libertad completa de movimientos, tanto de los brazos como del tronco. Para esto se colocará delante de la mujer y entre sus muslos á correspondiente distancia para no entorpecer sus propios movimientos. Uno de los piés, más adelantado que el otro, formará una base de sustentacion suficiente y sólida, permitiéndole inclinarse sin perder el equilibrio. Antes de empezar la operacion se quitará la levita, levantando la manga de la camisa hasta encima del codo, puesto que todo el antebrazo tendrá que penetrar dentro la matriz: en la práctica civil debe rechazarse el uso de los delantales y toda prenda que se le parezca; en las clínicas está generalmente admitido el delantal ó la blusa. La mano con que debe operarse se untará con manteca por su cara dorsal, dejando la palma sin embadurnar; igualmente deberá untarse el antebrazo para impedir un contagio que tan fácil es en estas operaciones.

Manual operatorio (método clásico).—1—En las presentaciones cefálicas.—Eleccion de la mano.—Antes de operar es preciso saber con qué mano debe hacerse. En las presentaciones de vértice se elegirá la mano que, colocada entre la pronacion y la supinacion, corresponda por su cara palmar al plano anterior del feto, es decir: Occipucio á la izquierda (1.^a y 4.^a posicion) mano izquierda: Occipucio á la derecha (2.^a y 3.^a posicion) mano derecha. En las presentaciones de cara, frente á la izquierda, mano izquierda; frente á la derecha, mano derecha. En las presentaciones cefálicas la eleccion de mano

tiene más importancia que en las de tronco, puesto que es muy difícil operar con la mano contraria. Sin embargo, para acertar en esto, es necesario conocer bien la presentación y la posición, y sabido es que no siempre es fácil. Cuando se tengan dudas sobre la posición, se introduce primero la mano izquierda, pues es muy probable que la que se ofrece sea una primera posición, que son las más frecuentes, y si luego no es posible operar con ella, se sustituye con la otra.

1.^{er} TIEMPO.—*Introducción de la mano.*—Colocado el operador en posición, la mano que no opera sobre el abdomen para sostener y comprimir el fondo del útero, se presenta la mano que debe operar delante de la vulva, cerrados los cuatro dedos en forma de cono, apoyando el pulgar sobre la palma. En cuanto el dolor cesa, penetra en esta disposición en la vagina, separando primero los labios, y subiendo luego á lo largo de aquel conducto en la dirección del eje de la excavación hasta llegar al cuello del útero. Si la progresión es difícil, se comunica á la mano ligeros movimientos de rotación espiral. Al llegar al cuello se espera otra vez que pase la contracción inmediata, á menos que estuviese el útero en estado de inercia, en cuyo caso ya se comprende que sería ocioso este cuidado. Si el cuello no está del todo dilatado, la introducción de la mano debe hacerse gradualmente, pasando sucesivamente cada dedo, y así á manera de cuñas van dilatando el orificio hasta pasar la articulación metacarpo-falángica, que representa la parte más ancha y de consiguiente la más difícil de atravesar aquel anillo. Si el cuello está dilatado, pasa la mano directamente hasta penetrar en la cavidad.

A llegar á este punto, se encuentra la bolsa ó intacta ó ya abierta. En el primer caso se despliega la mano, y extendida esta correspondiendo el dorso á la pared uterina, sube entre esta y las membranas, separándolas suavemente, hasta llegar á tocar los piés, en cuyo punto se abren en el intervalo de dos contracciones para penetrar dentro el huevo y cojer los piés. Cuando puede procederse así, la maniobra se hace mucho más fácil, pues conservándose el líquido amniótico, tiene el feto toda la movilidad posible; pero á veces es difícil hacer progresar la mano por fuera las membranas, y en este caso, lo mismo que cuando se encuentra en el trayecto la placenta, no debe titubearse en abrirlas y penetrar en el huevo, procurando únicamente verificarlo fuera de la zona de la abertura cervical, para hacer más difícil la salida de las aguas. En el segundo caso, es decir, cuando ya está rota la

bolsa, se penetra desde luego dentro del huevo para ir en busca de los piés. En los casos ordinarios, si se reúnen las condiciones que hemos antes expresado, es difícil llevar la mano hasta el punto en que se encuentran los piés. Sin embargo, pueden, para llegar á este objeto, seguirse dos caminos distintos: uno directo; la mano va al punto donde deben encontrarse los piés por delante el plano abdominal del feto, y los coje ambos ó uno de ellos, si no fuese posible los dos, segun luego diremos. El segundo camino es indirecto: la mano al penetrar en el útero busca el plano lateral del feto que mira hácia atrás y sin abandonarlo sube hasta llegar á la nalga, rodéalo, coje el muslo y este le sirve de guia para llegar hasta el pié. Este procedimiento indirecto es más lento, pero más seguro, y es el que deben emplear los principiantes, y tambien el más sencillo cuando no se sabe de fijo el punto que ocupan los piés.

Llegada la mano á estos directa, ó indirectamente, se les coje colocando el índice entre los dos maleolos internos, el pulgar sobre el maleolo externo de uno de los piés, y los tres restantes dedos sobre igual region del otro pié; de cuya manera se hace una presa segura sobre los miembros del feto. Esto, sin embargo, no siempre es fácil en la práctica; muchas veces falta tiempo para entretenerse en estos detalles, y teniendo que obrar á tientas, no es fácil conseguir lo que se propone, por lo cual creemos que sin curarse exclusivamente en esta manera de obrar, lo importante es cojer bien los piés, sea como fuere, y evitar que se deslicen. Tampoco es posible siempre cojer ambos piés, y entonces se coje uno solo, lo cual no es ningun inconveniente, en términos que algunos autores aconsejan cojer siempre uno, con tal que sea el que corresponde atrás, suponiendo que al tiempo de la evolucion, facilita esto la rotacion del feto. El hecho es que un solo pié basta para practicar bien la version, y que el segundo puede muy bien dejarse doblado dentro la matriz, á menos que al tiempo de la extraccion ó expulsion natural estorbese por su articulacion coxo-femoral, ó por apoyarse el pié contra la pared uterina, en cuyo caso sí que seria preciso practicar su extraccion. Fuera de este caso no hay necesidad de buscar el segundo pié, y la *presentacion incompleta* de piés, ofrece todas las garantías que puedan desearse para la buena terminacion del parto.

2.º TIEMPO.—*Evolucion*.—Cogido el pié (ó ambos), se tira de él, y se le hace descender suavemente á lo largo del plano anterior del feto (Fig. 87), atraviesa luego el orificio del útero la

vagina, y queda fuera de la vulva. Al propio tiempo, con la mano que se encuentra fuera se comprime hácia abajo la extremidad pélvica, lo cual ha de favorecer mucho el movimiento del feto.



Fig. 87.—VERSION PODÁLICA.—Segundo tiempo.—Presentacion de vértice: primera posicion. La mano izquierda introducida dentro de la matriz coje los piés del feto.

Este tiempo, lo mismo que el anterior, debe realizarse en el intervalo de las contracciones. A medida que el pié descende por un flanco de la matriz, la cabeza sube por el otro despues de abandonar sucesivamente el estrecho superior y la fosa iliaca; es decir, que se realiza la evolucion por cambio completo de las relaciones del ovoide fetal. Este tiempo debe verificarse en el período de relajacion del útero. La version es completa, cuando la pélvis del feto corresponde al estrecho superior, y el eje del mismo es vertical, es decir, que se ha obtenido el cambio de la presentacion cefálica (vértice ó cara), en presentacion de nalgas, con desprendimiento de uno ó de ambos piés.

Aquí termina el proceder propio de la version. Sin embargo, ya hemos dicho que frecuentemente va esta seguida de la extraccion, y sobre todo en las presentaciones de que nos ocupamos, casi nunca se deja la terminacion del parto á los esfuerzos naturales, puesto que si cambiamos aquellas presentaciones por la de nalgas, es únicamente porque algun accidente exige la rápida terminacion del parto, que solo puede conseguirse con la extraccion manual.