

Una.

CLINICA TOCologica.

HECHOS
DE DISTOCIA

OBSERVADOS EN LA PRÁCTICA CIVIL.

DESDE EL AÑO 1848 Á 1862.

POR

EL DR. D. FRANCISCO ALONSO Y RUBIO,

Médico honorario de Cámara de S. M.; de Cámara de S. A. R. la Serenísima Sra. Infanta Doña Cristina; de la Real Casa; Catedrático de la Clínica de obstetricia, patología especial de la mujer y niños de la Facultad de Medicina de Madrid; individuo de la Real Academia de Medicina, y socio corresponsal de otras corporaciones científicas.



MADRID:

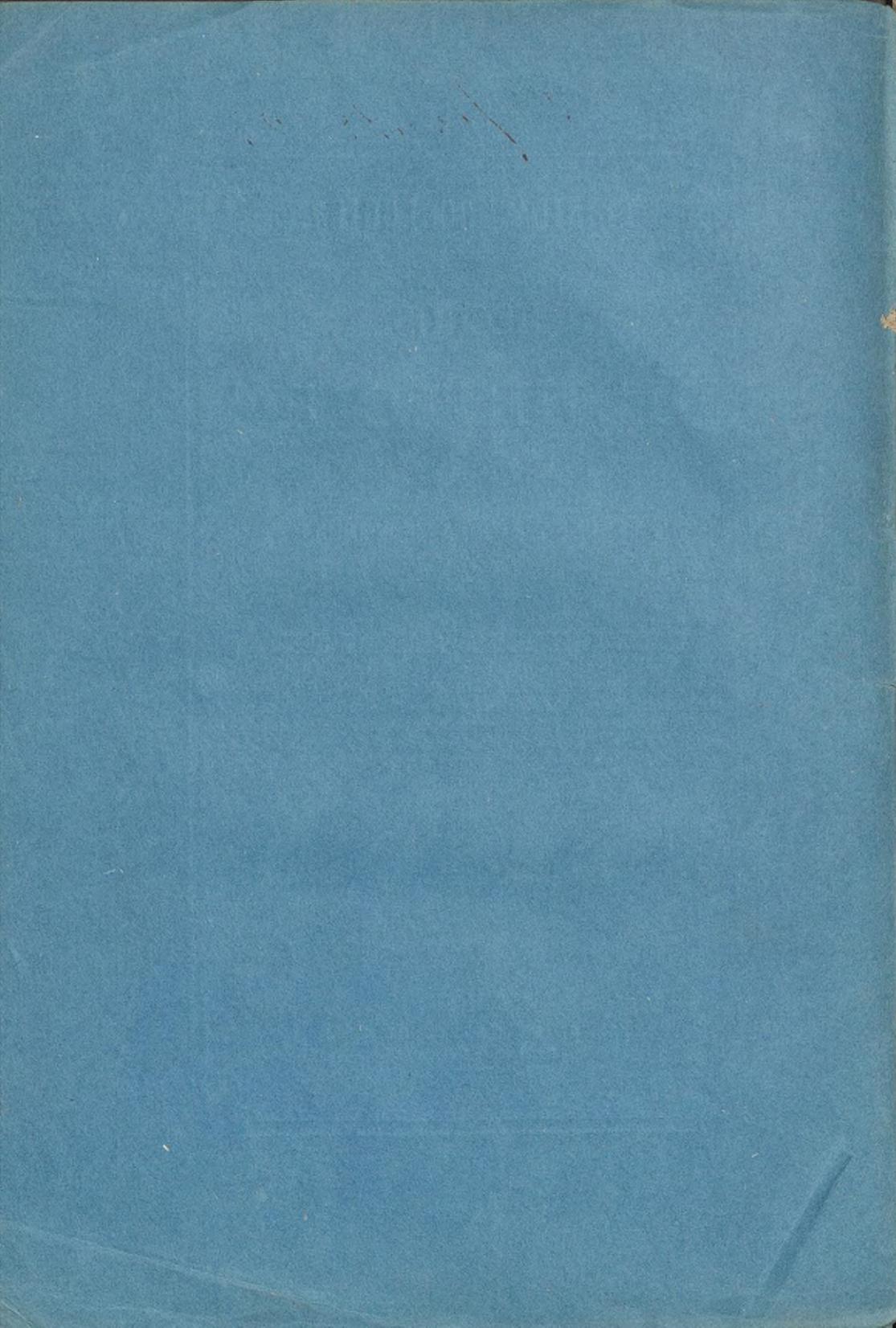
IMPRESA DE MANUEL DE ROJAS,

Pretil de los Consejos, 5.

1862.

*7.7.70
Ley 1867*

3434



247-930

29-2^a bis.

N.º 38 / 247-930

CLÍNICA TOCOLÓGICA.

3439

CLINICA TOCOTOGICA

CLÍNICA TOCOLÓGICA.

HECHOS DE DISTOCIA

OBSERVADOS EN LA PRÁCTICA CIVIL

DESDE EL AÑO 1848 Á 1862.

POR

EL DR. D. FRANCISCO ALONSO Y RUBIO,

Médico honorario de Cámara de S. M.; de Cámara de S. A. R. la Serenísima Sra. Infanta Doña Cristina; de la Real Casa; Catedrático de la Clínica de obstetricia, patología especial de la mujer y niños de la Facultad de Medicina de Madrid; individuo de la Real Academia de Medicina, y sócio corresponsal de otras corporaciones científicas.



MADRID:

IMPRENTA DE MANUEL DE ROJAS,

Pretil de los Consejos, 3.

1862.

AL

EXCMO. SR. MARQUES DE SAN GREGORIO,

PRIMER MÉDICO DE CÁMARA DE S. M.

Tengo la honra de dedicaros estas breves páginas, fruto de la observacion de mis mejores años: os las ofrezco como sincero homenaje al glorioso nombre que habeis adquirido en el cultivo de la Cocologia; y como tributo, aunque humilde, de mi profundo reconocimiento á las espontáneas deferencias y afectuosa amistad que siempre os he debido.

F. ALONSO.

RECIBO DEL MARQUEZ DE SAN GREGORIO

PRIMER MEDICO DE CAMARA DE S. M.

Despues de haberse examinado el cuerpo de
 ... de la ... de la ... de la ...
 ... de la ... de la ... de la ...
 ... de la ... de la ... de la ...
 ... de la ... de la ... de la ...
 ... de la ... de la ... de la ...
 ... de la ... de la ... de la ...
 ... de la ... de la ... de la ...
 ... de la ... de la ... de la ...

PROLOGO.

ANTES de esponer los importantes hechos clínicos que voy á describir y que se encuentran consignados en mis apuntes, me parece necesario manifestar la série y encadenamiento de sucesos que me han obligado á cultivar con especialidad la Tocologia, y principalmente la parte operatoria.

Ingresé en 1841, por oposicion, en el antiguo Colegio de San Carlos de ayudante profesor, siéndolo entonces tambien mi digno compañero y amigo el doctor Solís. Quedamos ambos habilitados en consecuencia de una Real orden para substituir á los señores catedráticos en ausencias y enfermedades; y en esta posicion me encontraba cuando se hizo la reforma en el Plan de

enseñanza de 1843, y quedé convertido en profesor agregado: la casualidad ó la suerte hizo que en la distribución de asignaturas me correspondiese sustituir la clínica de mi dignísimo antecesor el Sr. D. Tomás Corral y Oña, marqués de San Gregorio, y al mismo tiempo encargarme de la enseñanza teórica de partos y patología especial de la mujer á los prácticos y cirujanos de segunda clase.

Héme ya con este motivo dentro del palenque científico, en el que habia de luchar durante mi vida, haciendo entonces mis primeros ensayos. Mi vocacion desde aquel instante fué decidida; y con una voluntad firme y enérgica, me propuse cultivar con celo y con una constancia ilimitada la rama de la Medicina que habia de ser el principal objeto de mis estudios, y el blanco de todos mis esfuerzos. Mi buena suerte me proporcionó observar de cerca un buen modelo en la enseñanza, en mi digno antecesor: sus grandes facultades, su elevada inteligencia, su buen criterio, su tino práctico, escitaron mi emulacion y me propuse formarme para la enseñanza y práctica de la obstetricia, á pesar de que conocia mis humildes dotes intelectuales y escasas fuerzas. Constante en mis propósitos, he vencido mis vacilaciones, he apartado cuantos obstáculos se me han presentado en mi carrera, he luchado conmigo mismo, y he logrado al fin desempeñar con verdadera fé médica el importante cargo que me está confiado. No seré yo quien diga hasta

dónde han llegado mis esfuerzos: solo diré que he contado siempre con buenos deseos, procurando hacer provechosa mi enseñanza y ejercer dignamente mi ministerio en la práctica civil.

Hay una circunstancia de que debo hacer mención, y que mis lectores apreciarán en lo que valga; y al hacerlo no se crea que mi ánimo es encarecer un mérito que me pertenezca exclusivamente, pues lo es de todos cuantos en este país se han distinguido en la parte operatoria de la Tocología. Me refiero á la necesidad que he tenido de formarme á mí mismo. En efecto: mis lectores saben lo poco capáz que es la Maternidad de la Facultad de Medicina: su localidad contiene 13 camas para embarazadas, tres para el parto y seis para puérperas. Las embarazadas ingresan al sétimo ú octavo mes de embarazo, y las puérperas salen con alta al octavo ó décimo día, si han tenido el puerperio natural. De modo que, aunque siempre están ocupadas las localidades, al cabo de los ocho meses de curso suelen ocurrir de 50 á 60 partos, en cuyo número hay uno ó dos casos de distocia, ó ninguno, como ha sucedido en el curso que acaba de finalizar. Por lo tanto, en la clínica de la Facultad se estudia con todo el detenimiento y estension que son necesarios el embarazo y el parto fisiológicos; pero son escasísimas las ocasiones en que se puede observar un caso de distocia, y los medios terapéuticos y quirúrgicos que por su importancia reclame. Así que puedo decir

con sinceridad, que antes de dedicarme á la parte operatoria de partos, solo habia visto en la Facultad de Medicina dos aplicaciones de fórceps y ninguna operacion manual. Es en mi juicio de bastante interés consignar este hecho, para que se comprendan las dificultades que todo profesor ha de vencer aquí, teniendo que formarse á sí mismo y careciendo de los elementos que proporcionan las grandes Maternidades de otras Naciones, donde son frecuentes los casos de distocia y las operaciones que exigen por el gran número de partos que diariamente se verifican. Por otra parte he deseado al indicarlo que no se estrañe que, á pesar de llevar seis años encargado de la sala de Maternidad de la Facultad de Medicina, sean tan poco numerosos los hechos que cito, refiriéndose en su mayor número á la práctica civil, habiendo sido convocado en consulta ó con el determinado objeto de operar.

Y no se crea que el publicar esta CLÍNICA es efecto de un momento de ligereza, ó del deseo de adquirir nombre en la práctica civil, ó un vano y estéril alarde de amor propio, no; antes de hacerlo lo he meditado mucho tiempo, he previsto todos sus inconvenientes y dificultades, han pasado por mi mente multitud de consideraciones; nada se me ha ocultado de cuantos reparos pudieran detenerme en ese camino; y sin embargo, he cedido á las inspiraciones de mi conciencia.

Lo primero que me he preguntado á mí

mismo es cómo no se ha publicado una Clínica de distocia por las notabilidades que la cultivan, así como se han dado á luz clínicas quirúrgicas y médicas. ¿Será que se haya considerado dicha Clínica de menos interés que las anteriormente citadas, cuando á nadie se oculta que no hay situaciones más árduas y graves que las que ofrece la distocia, ni de mayores compromisos, por verse amenazada de sérios peligros la vida de la parturiente y del feto?

¿Será que la práctica de las operaciones tocológicas se haya creído más fácil y llana, cuando es la que exige dotes más relevantes en el profesor, exácto conocimiento de las indicaciones, procedimiento operatorio previsto con la mayor minuciosidad, valor moral á toda prueba, ánimo esforzado, serenidad imperturbable y abnegacion sin límites, para arriesgar con la esperanza de hacer bien, no solo el interés material, sino hasta lo que el hombre más aprecia en esta vida, su buen nombre, su gloria científica?

¿Será, por fin, que la principal causa de tan extraño proceder haya consistido en carecer de los elementos necesarios; es decir, de las historias de los hechos clínicos, por no haberse tomado el trabajo de consignarlos, aunque succinctamente, por una reprensible negligencia?

Nó ciertamente; no puede caber en el buen sentido de mis lectores aceptar como explicacion admisible ninguna de las causas que dejo enumeradas. Consideraciones más graves y de

más alta trascendencia han debido influir en dicho acontecimiento; y entre ellas merece, en mi humilde opinion, una parte muy principal el desgraciado éxito que suelen tener muchas operaciones tocológicas; alternando con los triunfos, sensibles é inevitables desgracias.

Yo tambien las he pesado largo tiempo en mi ánimo; he sufrido la lucha del deber y el interés de la ciencia con el vano y pueril deseo de no ajar mi amor propio, y de encontrarme humillado y vencido no pocas veces por la implacable segur de la muerte, que venia á arrebatarme despues de breves dias una vida que yo habia salvado con noble esfuerzo de un inminente riesgo. Pero en aras de la ciencia y de la humanidad el hombre debe hacer abnegacion de todo; y ante esta reflexion he humillado mi frente, y me he propuesto relatar con severa imparcialidad los hechos de distocia que he observado y las reflexiones que me sujieran, para que su estudio pueda ser provechoso á los que se consagran al ejercicio de esta parte de la profesion.

Debo, no obstante, advertir, que aunque son muchas las desgracias que ocurren en la distocia y principalmente en los borrascosos puerperios que suceden á las grandes operaciones tocológicas, no puede ser el profesor que las ejecute responsable de ellas. Téngase en cuenta que cuando se convoca á consulta ó para operar, á un profesor que haya adquirido nombre en

dicha especialidad, es despues que el parto se ha prolongado algunos dias, gastando las fuerzas de la parturiente; perturbando el curso de la referida funcion con remedios intempestivos y muchas veces con el centeno corniculado; haciendo repetidas tentativas, aunque infructuosas, para terminarle por personas inespertas; y en esta lamentable situacion se llama en muchos casos para ejecutar una operacion tocológica. En tan desventajosas condiciones, cuando el sistema nervioso está sobreescitado; cuando el circulatorio ha sentido tambien esta fatal impresion; cuando ha sobrevenido algun accidente grave, como metrorrágia, eclampsia ó espasmo tónico de la matriz; cuando se halla la criatura asfixiada ó próxima á asfixiarse: en tales circunstancias harto hace el profesor llamado para operar, con revestirse de valor y paciencia y sostener la dignidad del arte, asi como el decoro y reputacion de sus profesores; con proporcionar á las familias el único consuelo posible, el de terminar el parto; simplificando de este modo la situacion y abriendo tal vez el corazon á la esperanza en casos en que todo se creia perdido.

No se olvide además, que en el tratamiento del puerperio que sigue á los partos artificiales, aunque el operador interviene con sus consejos, no es el principal y directamente encargado de la asistencia; no debiendo ser, por lo tanto, el que cargue con la responsabilidad del éxito que

tengan los graves padecimientos que se des-
envuelven despues de tan penosos partos.

Hechas estas breves consideraciones, voy á entrar en el exámen y descripcion de los hechos; procuraré hacerlo en breves cuadros, pues además de que en mis apuntes no figuran con todos los detalles mas que los que me han parecido más notables y dignos de atencion, creo que no les daria más importancia el fár-
rago de noticias inútiles que se hallan en las modernas historias, oscureciendo los puntos culminantes y que destellan más viva luz para su esclarecimiento.

Seguiré el órden cronológico desde el año 1848 en que empecé á apuntar mis observaciones, dividiéndolas en grupos relativos al embarazo, parto y espulsion de la placenta; y subdividiendo las operaciones efectuadas en manuales é instrumentales.

En el mayor número omito el nombre de las operadas, porque habiendo entre ellas personas correspondientes á las diversas clases de la sociedad, he creido que no era posible, sin inconvenientes, publicar su nombre y filiacion.

Con mucho más motivo he suprimido el nombre de los profesores que me han llamado para operar, pues nunca he intentado menoscabar la reputacion de ningun compañero, ni levantarme sobre las ruinas de otro. Solo en algun caso, y en dos importantísimos de operacion cesárea abdominal y vaginal, he consignado los nombres

de los dignos profesores que los presenciaron y me auxiliaron con sus ilustrados y apreciables consejos.

Por lo demás , siempre he creído que el profesor que ama sinceramente la verdad , y que sacrifica al interés de la ciencia hasta su nombre , no necesita en su ayuda más testimonio que el de su conciencia ; esperando tranquilo el fallo de sus comprofesores.

Al juicio imparcial é ilustrado de estos apelo al dar á luz este humilde fruto de mi práctica en tocología , confiando en que al considerar mis buenos deseos , sabrán otorgarme su ilustrada indulgencia.

de los dignos profesores por los que se auxiliaron con sus ilustrados y apreciados consejos. Por lo demás, siempre he creído que el profesor que ama sinceramente la verdad, y que sacrifica al interés de la ciencia hasta su nombre, no necesita en su ayuda más testimonio que el de su conciencia; esperando también el fallo de sus compañeros. Al juicio imparcial é ilustrado de estos apolo- gistas de las artes liberales, trato de mi práctica en psicología; confiando en que al considerar mis buenos deseos, sabrán otorgarme su justa y franca indulgencia.

AÑO 1848.

**Observacion 1.^a—Parto en presentacion de vértice.
—Posicion occípito-ilíaca izquierda anterior.—Aplicacion del fórceps con buen éxito para la parturiente.**

Era este un parto en la presentacion y posicion referidas, que se suspendió estando ya la cabeza en el estrecho inferior, en consecuencia de inercia atónica de la matriz. Hacía unas veinticuatro horas, segun me informaron, que el parto estaba detenido y creí necesaria la aplicacion del fórceps. Hice la extraccion sin dificultad; pero la criatura nació asfixiada, y aunque se la socorrió convenientemente, murió al tercer dia. La operacion no tuvo consecuencias graves para la madre y se restableció completamente.

Observacion 2.^a—Parto de vértice.—Primera posicion.—Eclampsia de forma apoplética en el período expulsivo.—Extraccion con el fórceps.—Feto muerto, salvándose la madre.

Era una primeriza de edad de 35 años, y llegado el embarazo á término se le presentó el parto en primera

posicion de vértice ; pero sin causa conocida , al empezar el período espulsivo , le sobrevino una accesion de eclampsia apoplejiforme, precedida de dolor de cabeza supra-orbitario. Se la sangró dos veces, administrándola una pocion antiespasmódica y se le dió un baño general templado. A las tres horas repitió otra accesion tan fuerte como la primera ; la cabeza del feto se hallaba en el estrecho inferior , habiendo efectuado ya el movimiento de rotacion ; por cuyo motivo le apliqué el fórceps. El feto nació muerto y la madre quedó en un estado satisfactorio, pues no volvieron á repetirle las accesiones de eclampsia y se restableció completamente, conservando solo algun dolor de cabeza.

Observacion 3.^a—Parto de vértice.—Posicion occipito-cotiloidea izquierda.—Insercion del borde de la placenta en la parte lateral del cuello uterino.—Metrorragia grave.—Parto terminado por los esfuerzos naturales con feliz resultado.

Cuando se presentó esta parturiente á mi observacion habia sufrido grandes pérdidas de sangre y estaba casi anémica: reconocí la presentacion y posicion, y toqué desprendido en una pequeña estension el borde de la placenta en la parte lateral derecha del cuello de la matriz. Dispuse caldos con unas gotas de vino, una bebida cordial, cuya base era el alcohol de canela, y efectué el taponamiento. La hemorragia se detuvo; extraje el tapon al cabo de cuatro horas, y encontrando dilatado el cuello, rompí la bolsa de las aguas; se derramaron las que habia por delante del vértice y este se colocó por debajo de la placenta, terminando felizmente el parto por los solos esfuerzos naturales.

Observacion 4.^a—Parto de hombro derecho.—Posicion céfalo-iliaca izquierda.—Version podálica.—Feto muerto.—La madre no tuvo novedad en su puerperio.

Fuí llamado en consulta para ver á una señora que estaba sumamente angustiada por la prolongacion de su parto. La presentacion y posicion eran las ya indicadas: el fluido amniótico se habia derramado casi en totalidad; la matriz estaba contraida espasmódicamente. A pesar de tan desfavorables condiciones, me decidí á hacer la version podálica que practiqué á duras penas. La criatura estaba muerta, pero la madre quedó en buen estado y se restableció pronto.

Hay en mis breves apuntes, además de los referidos hechos, tres casos de extraccion de placenta con buen resultado y sin ulteriores consecuencias en el puerperio: una ocasionada por inercia de la matriz con metrorragia; otra por espasmo tónico y parcial con hemorragia; y otra tambien con este último accidente en un aborto de cinco meses.

REFLEXIONES.

Habrás observado que los hechos prácticos incluidos en el año 1848 están descritos á grandes pinceladas; y como algunos echarán de menos detalles innecesarios, y que ciertamente, aunque existieran, no aumentarían el valor de estas observaciones, debo dar esplicacion de esta circunstancia. Cuando yo empecé á hacer

estos apuntes, llevaba ya algunos años practicando alguna que otra operacion tocológica, que por ser en escaso número no creí que debia hacer mencion de ellas, y confié á la memoria su recuerdo. En el espresado año empecé á hacer ligeros apuntes para mi conocimiento y sin intencion de publicarlos: por esta razon omití los detalles que no me hacian falta, fijando mi atencion en lo que podia ser de interés para mi práctica. Y deseo que esta aclaracion se tenga presente para algunas de las ulteriores observaciones: lo que más importa á la práctica de la Tociologia es saber la circunstancia indicante de un medio terapéutico, ó de una operacion manual ó artificial y su resultado.

En las anteriores observaciones (observacion 3.ª) se halla un parto de vértice con insercion del borde de la placenta en el cuello uterino, grave hemorrágia y desprendimiento de aquella. Conocido es el modo de efectuarse dicho desprendimiento en el período de dilatacion del cuello uterino y la hemorrágia subsiguiente: la placenta, como tejido poco elástico, no puede seguir al cuello uterino en su dilatacion determinada por las fibras longitudinales y oblicuas del cuerpo, y desprendiéndose, hay rotura de algunos vasos útero-placentarios: ésta aumenta á medida que repiten las contracciones uterinas, y es tal el flujo sanguíneo, que llega á verse comprometida la vida de la parturiente y del feto. En tales circunstancias, cuando todavía no

está completamente dilatado el cuello de la matriz, el medio preferente para cohibir la hemorragia, además de la quietud, es el taponamiento hecho metódicamente, aplicando ante todo el *speculum uteri* univalvo de Mr. Recamier y con pinzas largas de anillos, conduciendo sucesivamente dos ó tres mechas provistas de fiador é impregnadas en agua estíptica, ó en una disolucion de percloruro de hierro (una dracma por 4 onzas de agua), y llenando despues la cavidad del tubo con torundas de hilas secas, que se sostienen con la estremidad de la pinza, cuando se estrae el *speculum*. Se coloca despues una planchuela larga entre los grandes lábios, y se aplica como contentivo un vendaje en forma de *T* de ano. Este tapon facilita la formacion del coágulo por débil que sea la plasticidad de la sangre, y se detiene la hemorragia, consiguiéndose además con la escitacion que su contacto produce y con la humedad que presta al cuello de la matriz, que éste se dilate completamente. Tan luego como se obtiene este resultado, el profesor debe romper la bolsa, á fin de que derramándose el fluido amniótico que se encuentra delante del vértice, descienda éste encajándose en la escavacion, y dejando por encima el borde de la placenta. Procedimiento que entonces adopté y he seguido en casos análogos con el mismo resultado, continuando despues el parto su marcha natural.

Refiérese otro de los hechos de distocia (obser-

vacion 1.ª) á una aplicacion de fórceps hecha en el estrecho inferior, con motivo de haberse suspendido largo tiempo el parto por inercia atónica de la matriz. Este accidente no deja de presentarse con frecuencia en partos de larga duracion, y sobre todo en los de primerizas, en los que imprudentemente han empezado las parturientes á hacer anticipados, aunque inútiles esfuerzos, y en particular cuando existe alguna ligera desproporcion entre las respectivas dimensiones de la cabeza del feto y de la pélvis. En tales casos, la matriz se cansa, como lo hace un músculo de la vida de relacion cuando ha estado largo tiempo en ejercicio; la fuerza se agota, se gasta, y es necesario que el descanso le proporcione la condicion necesaria para repararla. ¿De qué han de servir entonces los estimulantes directos ó indirectos de la matriz, los caldos con vino, los estímulos á la piel del abdomen, y aun el mismo centeno corniculado? ¿Seguiríamos esta conducta con un individuo fatigado en consecuencia de una larga jornada, y á quien solo el reposo puede dar la fuerza que ha perdido en el movimiento? Lo lógico, pues, lo que el mismo sentido comun indica es dejar descansar á la parturiente en la posicion que le sea más cómoda, y las fuerzas se rehacen, presentándose nuevas contracciones uterinas al cabo de algunas horas. No obstante, hay mujeres de complexion débil, en las que despues de haberse repetido mucho tiempo los dolores de parto, la

matriz queda en un estado de estupor, del que no sale en tanto que está dilatada por la permanencia del feto en su cavidad; y en estas circunstancias, no hay que hacerse ilusiones, solo el fórceps tiene aplicacion oportuna. Por esta razon no titubeamos en recurrir á él en el caso de que se trata, en el convencimiento de que cualquiera otro medio hubiera sido infructuoso. El feto nació asfixiado, como suele acontecer, estando detenida la cabeza tanto tiempo en la escavacion, por la dificultad que inducen en la circulacion é inervacion de aquel, las nuevas condiciones en que se encuentra el útero durante el parto, y sobre todo, despues de haber disminuido su capacidad y de haber salido gran parte del fluido amniótico. La operacion no tuvo consecuencias graves para la madre, y se restableció completamente, no pudiendo desconocer que la salvó de los sérios peligros que lleva consigo la compresion que la cabeza del feto hace en los tejidos que la rodean, cuando se sostiene más tiempo del que puede permitir su vitalidad y el ejercicio de la circulacion é inervacion; funciones que no pueden dificultarse, y mucho menos interrumpirse, sin que el estupor, primero, y despues la mortificacion, sobrevengan indefectiblemente.

El otro hecho de distocia (observacion 2.^a) fué debido á un accidente todavía mas grave, á la eclampsia apoplejiforme que sobrevino durante el período espulsivo y que repitió á las tres

horas. Padecimiento imponente, aterrador para el médico y los interesados de la parturiente, y tantas veces funesto para su vida, así como para la del feto. No hay nada que comprometa de un modo más inminente su vida, y en particular cuando ofrece la forma apoplética; pues ya puede colejirse fácilmente que de la violenta congestión á la hemorragia cerebral no hay más que un breve y facilísimo tránsito. La sangría en primer término, y los derivativos á las estremidades inferiores, suelen evitar tan triste resultado; pero cuando las accesiones repiten y el parto está adelantado, para poder concluirle artificialmente, es éste un eficaz recurso, que ya que no alcance en muchos casos á salvar la vida del feto, contribuye á proteger la de la madre. Siendo un hecho demostrado por la observación que la depleción de la matriz, luego que se extrae el feto, conduce no poco á restablecer la calma y tranquilidad en el sistema nervioso; cesando el desorden producido por los acerbos dolores de parto y el estado de eretismo de la matriz, y volviendo las funciones á su natural y acostumbrada armonía. El feto nació muerto, lo cual no debe extrañarse si se considera que el tejido muscular de la matriz participa del estado convulsivo, y que es muy posible que trascienda también á aquel mismo.

La observación 4.^a hace referencia á una presentación de hombro derecho, posición céfalo-ilíaca izquierda, que exigió la versión podálica

estando ya la matriz contraída espasmódicamente, y derramado el fluido amniótico. Las dificultades que encontré en este caso y en otros análogos para efectuar la version podálica, dependen de no hacerla en el momento oportuno, que es cuando se rompe la bolsa de las aguas, estando completamente dilatado el cuello: entonces la mano del operador entra sin obstáculo en la cavidad uterina, llega á alcanzar los pies, y hace la evolucion del feto libremente, porque hay espacio para permitir dichos movimientos. Contraída espasmódicamente, la paciencia y destreza del Tocólogo vencen en algunos casos la resistencia de la matriz, viéndose en otros en la sensible necesidad de recurrir á la embriotomía si el feto se halla muerto. Nunca, pues, puede tener aplicacion más provechosa la verdad consignada por Hipócrates: *Ocasio preceps*.

Despues de los referidos hechos, hay tres casos de extraccion de placenta: el primero por inercia de la matriz con hemorrágia, en cuyo caso, nunca me parece dudosa la conveniencia de la extraccion; pues si bien algunos profesores aconsejan que se empleen fricciones al hipogástrio, nieve bajo la forma de cataplasma, un sinapismo al abdómen, y si esto no basta para reanimar las contracciones de la matriz, el centeno corniculado á pequeñas dosis, no se ocultará al buen sentido de mis lectores, que la hemorrágia en tales casos es un accidente grave, y que si pronto no se cohibe, puede

comprometer la vida de la recién-parida. Así que, á poco que se prolongue, no tardan en presentarse los síntomas de anemia, palidez y descomposicion de la fisonomía, lipotimias, debilidad del pulso, que ponen á la puérpera en situacion muy aflictiva, y no menos angustiada al profesor que presencia tan desagradable escena. Todos los medios que quedan propuestos, aunque la razon comprenda su utilidad, porque su accion fisiológica está en armonía con el efecto que se desea producir, que es la contraccion del tejido muscular de la matriz, que ha de estrechar los orificios de los vasos útero-placentarios, exigen para obrar algun tiempo; y éste, por breve que sea, tiene inmenso valor para la vida de la desgraciada que espera prontos y eficaces auxilios. La mano del Tocólogo, introducida en la cavidad uterina, sirviéndole de guia el cordon umbilical, coje la placenta; si no la encuentra del todo desprendida, completa su desprendimiento, y antes de extraerla, si no siente la contraccion del tejido uterino, frota suavemente su superficie interna, cuya maniobra, inofensiva para la matriz, hecha con la necesaria destreza, hace que dicho órgano se contraiga y rechace la mano fuera de su cavidad. Puedo asegurar que en circunstancias análogas no he encontrado medio más espedito ni de más seguros resultados.

Otra vez, la extraccion de la placenta se hizo necesaria por espasmo con hemorrágia. El espas-

mo del útero es comunmente parcial, y se limita al cuello, ó bien al fondo en la parte que está radicada la placenta; y si hay, como suele acontecer, algun desprendimiento de ésta, no deja de presentarse metrorragia. En el primer caso, la rigidez y tension del cuello; y en el segundo, la forma irregular del útero, su dureza y sensibilidad, hacen traslucir fácilmente el motivo de hallarse retenida la placenta, á pesar de haber trascurrido más tiempo del necesario para su espulsion. La indicacion entonces más óbvia es combatir el espasmo y facilitar la laxitud del tejido uterino, y principalmente si la hemorragia no es copiosa, hasta el punto de ofrecer peligro para la vida de la púérpera; y los medios para satisfacer esta necesidad, son las pociones anti-espasmódicas, las fricciones al abdomen ó al cuello uterino con pomada de belladona ó de atropina, las enemas con 10 ó 12 gotas de láudano de Sydenham y el baño general de 27°. Resuelto el espasmo, se verifica la espulsion, si no tiene adherencias anormales la placenta con la matriz. Si desgraciadamente la hemorragia fuera de consideracion é hiciese concebir temores acerca de la suerte de la recién-parida, deberá efectuarse la estraccion, venciendo con la mano, y sin ninguna violencia, la resistencia del tejido uterino contraido espasmódicamente hasta llegar á asir la placenta y extraerla. Este procedimiento seguí en el caso citado y en otros semejantes; advirtiendo, que con paciencia,

lentitud y destreza , se consigue generalmente triunfar , y vencer el obstáculo dinámico que se opone á la salida de la placenta.

Por fin , en otro caso tuve , segun dejo manifestado , que estraer la placenta , despues de un aborto de cinco meses. No es ciertamente estraño que esto suceda despues de los abortos verificados entre tres y seis meses , pues por lo general no se observa lo que en los dos primeros , que el producto abortivo salga íntegro ; sino que la bolsa se rompe , saliendo primero el embrión ó feto , y la placenta queda adherida parcialmente á la matriz , dando lugar á graves flujos sanguíneos. El útero , que no estaba preparado para el parto como en los embarazos que han llegado al término de su evolucion , no se rehace despues de la salida del embrión , y la placenta tarda en desprenderse mucho más que en el parto de todo tiempo. Así que , no es infrecuente que lo verifique al cuarto , quinto y al sétimo dia , y aun á veces despues de esta época. Es comun en tales circunstancias emplear la quietud , el agua de limon ó la limonada sulfúrica , una disolucion de extracto de ratania (una dracma en 4 onzas de agua destilada , y una onza de jarabe de vinagre) para tomar á cucharadas , fomentos frios al abdómen y el taponamiento metódico para detener la hemorrágia , hasta que se verifique el desprendimiento de la placenta. Entre estos medios hay algunos eficáces y de conocida utilidad , como son el tapon y la refrigeracion oportuna

al abdómen con oxierato ó agua de nieve; porque el primero, como medio mecánico, detiene la sangre y facilita la formacion del coágulo, y el otro obra sobre la vitalidad de los tejidos, dando lugar á la constriccion y crispatura del tejido uterino, que impide la continuacion de la hemorrágia. A pesar de lo poco inclinado que soy á usar el centeno corniculado, diré, sin embargo, que éste es uno de los casos en que puede tener útil aplicacion usándole á pequeñas dosis y repetidas (2 á 4 granos del centeno, ó la mitad de esta dosis de ergotina). La contraccion fibrilar lenta y sostenida del tejido de la matriz, determinada por el uso de dicha sustancia, al paso que detenga la hemorrágia, contribuirá á dar salida á la placenta. Pero en el hecho á que aquí me refiero, encontré más llano y hacedero extraer la placenta y sacar á la puérpera de la angustiosa situacion en que se encontraba; y debo decir que varias veces, en abortos de más ó menos tiempo, por el estado moral de las recién-paridas, por la gravedad de las hemorrágias y por la ineficácia de todos los auxilios empleados, me he visto precisado á buscar la placenta y hacer su extraccion, cesando desde entonces la hemorrágia y la fundada alarma de la puérpera y de sus interesados. ¡Cuántas veces he podido consolar á un marido inquieto por la vida de su esposa, que creia en el más grave peligro; á un profesor angustiado, porque veia escapársele de las manos la vida de una mujer, cuya existencia

se habia confiado á su pericia é ilustracion! Recuerdo entre otros hechos, uno menos fácil de olvidar para mí, porque pertenece á los albores de mi práctica. Era una mujer del pueblo, colocada en una miserable bohardilla, bañada en sangre, perdido el sentido, y en un estado de lipotimia, que segun me dijeron, estaba embarazada de unos tres meses. Sin vacilar introduje la mano en la vagina, y encontré retenida en el cuello de la matriz la placenta, que estraje con rapidez, porque estaba desprendida; y aquella mujer exánime, y cuya vida parecia próxima á extinguirse, recobró el sentido, se fué animando con caldos y unas gotas de vino; y bendijo, así ella como su desdichada familia, el momento en que habia entrado en su casa para proporcionarles tan gran consuelo. Estos momentos no se olvidan jamás: son la más dulce satisfaccion del médico en el desempeño de su grave y difícil ministerio, y los que compensan las innumerables amarguras y sinsabores que le proporciona diariamente el ejercicio de su digna profesion.

Otra señora recuerdo que se hallaba en una situacion análoga: fuí llamado á consulta por otros dos profesores, y en ella se discutió acerca de la utilidad de diferentes auxilios, como la refrigeracion, los astringentes y revulsivos á las estremidades superiores; medios que se emplean de un modo rutinario y sin distinguir las circunstancias que pueden hacerlos útiles, indiferentes ó nocivos; pero despues de oido su dictámen,

me resolví á reconocerla con el tacto , y encontrando la placenta cerca del cuello , la estraje, consiguiendo igual resultado.

Otra vez, en el año 1859, fui llamado para ver en consulta á la señora de un profesor, con cuya amistad me honro, que tenia sumamente acongojado á su esposo y otros dos doctores que le acompañaban, por habersele presentado aborto de tres ó cuatro meses, con grave hemorrágia, lipotimias, vivísimos dolores uterinos y convulsiones histéricas. Ya se habia hecho antes de mi llegada cuanto la razon y la ciencia sugieren en estos casos: les manifesté la necesidad de reconocerla, y al hacerlo encontré la placenta parcialmente desprendida; les aconsejé la extraccion y la efectué, cesando desde entonces la zozobra de la señora, la ansiedad de su esposo y la intranquilidad de los profesores, que, con el mayor celo y los mejores deseos, le habian prodigado sus cuidados.

Indico estos hechos, aunque pudiera referir algunos más, con objeto de que se comprenda el gran servicio que el profesor esperto puede prestar en los abortos acompañados de graves hemorrágias, cuando se crea por su prolongacion y sostenimiento, que pueden ser debidas á la presencia de la placenta incompletamente desprendida: una sencilla maniobra conjura entonces el peligro y acrece la reputacion del Tocólogo.

AÑO 1849.

Observacion 1.^a—Parto de vértice, 1.^a posicion.—Resistencia notable del periné, en términos de hacerse inminente su rasgadura.—Aplicacion del fórceps con buen resultado.

Una señora, de edad de 50 años, de temperamento sanguíneo, bien configurada, á escepcion del orificio vulvar, que ofrecia grande estrechez, se hallaba embarazada de todo tiempo, y se le presentaron á principios de junio dolores preparantes: duraron estos largo tiempo, haciéndose más penoso el período de dilatacion por la anticipada rotura de la bolsa de las aguas, y por haber hecho desde el principio esfuerzos inútiles, que fatigaron la matriz. Púsose ésta rígida, sumamente sensible, y sobrevino fiebre: sin duda se hubiera desenvuelto un estado tetánico á no emplear oportunamente dos sangrías, baños templados generales, fricciones con pomada de belladona al abdómen y una pocion anti-espasmódica simple. Al cabo de cuatro dias se dilató completamente el cuello uterino, se hicieron regulares los dolores de parto, y todo indicaba que éste terminaria

bien y de un modo espontáneo. En unas cuantas horas atravesó la cabeza del feto la escavacion y se colocó en el estrecho inferior: iba venciendo éste en fuerza de repetidos dolores, y ya no encontraba más obstáculos que la resistencia del periné. A pesar de continuar con energía las contracciones uterinas, no hacian adelantar una línea la cabeza del feto; se dilataba estraordinariamente el ano y amenazaba rasgarse el periné y la pared anterior del recto: no hubo entonces que vacilar; apliqué el fórceps y estraaje una niña viva, evitando la desgarradura, que tan fundadamente podia temerse. Ninguna novedad tuvo despues en el puerperio.

Observacion 2.^a—Inversion uterina inmediatamente despues del parto.—Metrorrágia imponente y síncope.—Reduccion completa.—Curacion.

Una señora de edad de unos 34 años tuvo su segundo parto bastante feliz, por la regularidad con que fueron presentándose sus diversos períodos y por su duracion que no fué larga, no habiendo sido necesario otro auxilio que una mediana sangría de la mano por haberse iniciado, aunque levemente, una congestion cerebral cuando aquel estaba ya cerca de su término. Pero inmediatamente despues del parto se presentó la matriz invertida con la placenta adherida á ella, observándose al mismo tiempo gran hemorrágia y síncope. El profesor encargado del parto se apercibió de la gravedad de dicho accidente, desprendió la placenta y á continuacion introdujo el tumor formado por la matriz en la vagina, empleando tópicos frios al vientre para detener la hemorrágia. Fui llamado en consulta, y cuando llegué la encontré con el pulso concentrado, la piel fria, con vacío notable en el hipogástrio; no habia globo uterino,

en el fondo de la vagina se tocaba un tumor redondeado de la magnitud de la cabeza de un feto, sin hallar en ningun punto de su superficie el cuello uterino. Inferí que la matriz estaba todavía invertida, y que era de absoluta necesidad reducirla completamente. Hice compresiones sobre el tumor con la mano derecha introducida en la vagina, despues de haber colocado á la recién-parida en la actitud que reclaman la mayor parte de las operaciones tocológicas, en decúbito supino, con las estremidades inferiores en flexion y ligeramente elevada la pélvis por medio de una almohada. Noté que á medida que comprimía, disminuía de volúmen el tumor, oyéndose al mismo tiempo borborismo, lo que me hizo sospechar que hubiera alguna asa de intestino alojada en la cavidad de la matriz invertida. Continué dichas compresiones con la necesaria prudencia, y por último, practicando fricciones en el hipogástrio hácia el sitio que ocupaba el cuello de dicho órgano é impulsiones sobre el cuerpo, logré la completa reduccion; cesando desde entonces todos los accidentes que acompañaban á la dislocacion mencionada. En el puerperio no hubo ningun indicio de metritis, y la púérpera se restableció sin que volviera á reproducirse dicho accidente.

Observacion 3.^a—Parto de vértice.—Posicion occípito pubiana.—Detencion del parto por obstáculo mecánico en el estrecho superior.—Aplicacion del fórceps.—Estraccion de un feto muerto.—Muerte de la madre unas seis horas despues.

Una señora, de edad de 35 años, temperamento nervioso, pélvis bien configurada, pero de pequeña capacidad, estatura muy baja, y primeriza, empezó con dolores de parto el dia 10 de julio: se rompió á poco

tiempo la bolsa de las aguas , y la dilatacion del cuello fué con este motivo bastante difícil y penosa , observándose rigidez en su semi-circunferencia anterior. Por esta consideracion se la sangró dos veces de la mano, se usaron baños templados , fricciones de pomada de belladona ; logrando al fin que se completára la dilatacion del cuello, y se encajase el vértice en el estrecho superior en posicion occípito pubiana. A pesar de repetir casi sin interrupcion los dolores espulsivos por espacio de diez y ocho horas, no pudo la cabeza del feto vencer dicho estrecho ; y viendo amenazada la madre de un tétanos uterino y el feto de asfixia , decidí, en consulta con el digno catedrático de la Clínica de obstetricia de la Facultad de Medicina de Madrid , actualmente marqués de San Gregorio y primer médico de Cámara de S. M., la aplicacion del fórceps , contando con las dificultades que habia de ofrecer por la escesiva reduccion del estrecho superior. Al introducir la mano derecha, que habia de conducir la primera rama , salió bastante cantidad de sangre oscura y algo descompuesta, debida sin duda á algun desprendimiento de la placenta. No pude hacer descender la cabeza á la escavacion, á pesar de las más fuertes y repetidas tracciones : sobrevino un estado nervioso muy grave, con concentracion del pulso y frialdad de la piel, y me ví precisado á suspender los esfuerzos y tentativa de extraccion; hasta que la parturiente se rehiciese y mejorase situacion tan imponente. Se le dieron caldos con vino, pociones antiespasmódicas, tazas de infusion de tilo, y se la dejó en reposo por algunas horas. Reunido algun tiempo despues con otros dos profesores , y entre ellos con el Sr. D. Francisco Alarcos, cirujano de Cámara de S. M. en la actualidad, repetí las aplicaciones del fórceps, y estraje un feto muerto, de sexo masculino y muy desarrollado; pero

:

teniendo que vencer una gran resistencia, y repitiendo mis esfuerzos por espacio de una media hora. Sin detenerme busqué la placenta, y la estroje tambien con gran cantidad de coágulos sanguíneos. La matriz se contrajo; pero el sistema nervioso quedó tan postrado, la inervacion tan deprimida, que sucumbió la púérpera sin reaccion al cabo de seis horas y antes de concluir el tercer dia del parto.

REFLEXIONES.

Los tres hechos que acabo de referir son de grandísimo interés, y bien meditados pueden servir de útil enseñanza.

Versa el primero sobre un caso de distocia, que empezó por dilatacion lenta del cuello, debida á la rotura anticipada de la bolsa de las aguas; lo cual es bastante fácil de comprender, si se atiende á la accion mecánica que ejercen las aguas sobre el cuello á medida que van descendiendo, y colocándose en el espacio libre que queda entre las membranas y la region del feto que se presenta al orificio uterino; y por más que la dilatacion ya mencionada sea principalmente activa y debida á la fuerza contractil del cuerpo de la matriz, no deja de conocerse el auxilio que la bolsa presta para dicho objeto, en los casos en que ocurre su precoz rotura. Otra de las circunstancias dignas de estudio es el espasmo tónico de la matriz, que retardó tan notablemente el parto, atribuido, segun dejo

indicado, á haber hecho antes de tiempo esfuerzos para acelerar dicha funcion, y fatigado la matriz desmedidamente y sin ningun provechoso resultado. Es esta consecuencia necesaria del imprudente consejo que personas inespertas, y muchas veces estrañas al arte, dan á las parturientes, y en particular á las primerizas; desconociendo la marcha natural del parto fisiológico, y llevadas del deseo de ver terminada dicha funcion; ó de la impaciencia que es propia en los que creen que activando los dolores de parto abrevian su duracion y ahorran sufrimientos á la parturiente, invitándola á que haga continuos y violentos esfuerzos. Costumbre muy arraigada, y á la que he tenido que oponerme en muchos casos con suaves insinuaciones, y en otros con la imperiosa energía del que tiene el convencimiento de que corrije con su ilustrado mandato un funestísimo error. En efecto: ¿qué puede haber más perjudicial que perturbar el curso natural del parto con esfuerzos intempestivos? ¿Qué más desprovisto del comun sentido que pretender que se verifique la espulsion del feto antes de ofrecer la matriz abertura practicable? ¿Qué más nocivo que gastar las fuerzas del sistema muscular de la vida de relacion, inhabilitándole para el momento en que se hagan necesarias como auxiliares de la actividad del útero? Esta, pues, impremeditada y poco prudente conducta, es la que trae en pos de sí el cansancio de la matriz antes de llegar el período espulsivo; el espasmo

tónico ó la inercia congestiva , que tantas veces reclama, además del reposo, alguna evacuacion de sangre , baño general templado y fricciones de pomada de belladona ; con cuyos auxilios se logró en el presente caso evitar que sobreviniese un estado tetánico de la matriz, tan fatal para la vida del feto como de la madre. Despues de tan penosa dilatacion del cuello uterino , los fenómenos mecánicos relativos al período de espulsion, fueron verificándose con regularidad; y descendió el vértice al estrecho inferior sin encontrar ningun obstáculo, por haber la debida proporcion de dimensiones entre sus diámetros y los de la cabeza del feto; pero aun faltaba que vencer una resistencia , y era la del periné , que en algunas primerizas suele detener el parto, ó dar lugar á estensas y graves rasgaduras. Este accidente amenazaba, segun hemos dicho en el caso á que nos referimos , pues á cada contraccion uterina, veia dilatarse violentamente el ano y la pared anterior del recto; y aunque procuré con los dedos introducidos en el intestino empujar la cabeza del feto hácia adelante , temí con fundamento que ocurriese una dislaceracion completa de dicho tabique, ó una perforacion á manera de ojal , como algunos dicen haberlo observado. Previne estos peligros aplicando el fórceps y estrayendo la cabeza con suaves tracciones, y de esta manera tuvo feliz término un parto que ya habia sido tan largo y borrascoso.

El segundo caso se refiere á una inversion de

la matriz, ocurrida inmediatamente despues del parto y antes de desprenderse la placenta. Accidente gravísimo, que suele sobrevenir, aunque raras veces, con motivo de tentativas imprudentes y tracciones violentas, hechas sin discernimiento sobre el cordon umbilical para favorecer la salida de las secundinas. Es la primera ocasion en que pude observar dicha dislocacion del útero; y aunque estaba ya dentro de la vagina el tumor, todavía se veian en la puerpera señales evidentes del grave trastorno que habia sufrido su organismo, y de las pérdidas de sangre que habia experimentado. Resaltaban sobre los demás síntomas la descomposicion del semblante, la palidez y la concentracion del pulso. Aunque estaba colocada la matriz dentro de la vagina, la dislocacion no se habia reducido, y tuve que verificarlo á favor de compresiones hechas en el fondo con las estremidades de los dedos de la mano derecha, reunidas en forma de cono, y dirijidas en el sentido del eje de la escavacion: así logré que fuera atravesando poco á poco el cuello y situándose en una posicion natural. Me auxilió en esta maniobra como ayudante el cirujano D. Ramon Segovia, haciendo fricciones cuando se lo ordenaba en el hipogástrio, y contribuyendo de este modo á que se fuera rehaciendo el tejido muscular de la matriz, que habia quedado inerte. Creo haber manifestado ya, al hacer la historia de este importante hecho, que al comprimir la matriz

invertida, percibí ruido de borborismo, una especie de crepitacion que me indicaba la existencia de gases; y por lo tanto la presencia de una asa intestinal en la cavidad de la matriz dislocada. No se puede ocultar á la penetracion de mis lectores el desastroso fin que hubiera tenido la puérpera, si con oportunidad y acierto no se hubiese hecho la reduccion: el asa de intestino se hubiera estrangulado, y á la estrangulacion hubiese sucedido la perforacion, si antes la muerte no se hubiera encargado de librarla de tan repugnante y fatal padecimiento. La matriz se contrajo bien con la escitacion de mi mano y las fricciones hechas por el ayudante; y de este modo, y con la más absoluta quietud, se consiguió evitar la reproduccion de tan trascendental y aterrador accidente. Su recuerdo permanecerá en mí indeleble, y puede al mismo tiempo servir de provechosa instruccion á los prácticos, para no intentar con tracciones sobre el cordón la espulsion de la placenta, sin cuidar con la otra mano aplicada al hipogástrico, de explorar si desciende con ella el fondo uterino.

El tercer caso, cuyo relato dejo hecho, pertenece á una primeriza, de muy baja estatura y de pélvis muy poco capáz en proporcion á las dimensiones del feto, que empezó su parto con rotura de la bolsa amniótica antes de la dilatacion del cuello. Esta fué penosa, á pesar de favorecerla con la sangría y baños generales templados: despues de haberse dilatado el cuello,

continuaron los dolores espulsivos por espacio de diez y ocho horas, sin que el vértice, en posición occípito-pubiana, pudiera vencer el estrecho superior; la matriz amenazaba ponerse tetánica y asfixiarse el feto, por lo que recurrí á la aplicación del fórceps. Al introducir la mano derecha para conducir la rama de eje, salió sangre en alguna cantidad, que me indicó desprendimiento de la placenta. Seguí colocando el fórceps y le articulé sin dificultad; pero mis esfuerzos fueron vanos: no pude hacer descender el vértice, ni darle una dirección diagonal. El colapso del sistema nervioso y la hemorragia intrauterina que sobrevino, pusieron en situación tan grave á la parturiente, que tuve que desistir por entonces de hacer la extracción. Luego que se manifestó alguna reacción, aunque no franca, repetí la aplicación del fórceps; y con grandes y perseverantes esfuerzos, procurando reducir con la compresión el volumen de la cabeza del feto, ya muerto, logré completar la extracción. Pero el sistema nervioso habia quedado hondamente herido, y no se estableció la reacción que podia salvarla. Este resultado, tan digno de lamentar, prueba las grandes dificultades con que tiene que luchar el Tocólogo, cuando un parto se hace laborioso por obstáculo mecánico. Si yo hubiese conocido este defecto de capacidad antes de sobrevenir el parto, y si hubiese podido prever lo que no estaba al alcance de mi inteligencia, el excesivo desarrollo de la cabeza del feto,

hubiese en tiempo oportuno , á los siete ú ocho meses , aconsejado á esta desgraciada el parto prematuro artificial, y tal vez se hubiese salvado. Pero la prevision humana , ni los medios de investigacion científica son muchas veces suficientes para formar un juicio exácto del grado de estrechez de la pélvis y de su relacion con la cabeza del feto. Adviértase , que aun apelando á los mejores pelvímetros se funda el profesor en dos datos variables: en la medida que obtenemos á favor de los instrumentos, que siempre es inexácta, por tener que descontar una capa de tejidos ó partes blandas de diverso espesor en cada individuo, y en las calculadas dimensiones de la cabeza del feto correspondientes á la edad ó época de su desarrollo; dimensiones que tampoco son fijas y que nos esponen , por lo tanto, á graves errores. Así que , nuestras decisiones tienen que resentirse necesariamente de la poca fijeza de los datos que constituyen su fundamento. No se considere , sin embargo , que yo repruebo la medicion de la pélvis, como medio de hacerse cargo del grado de estrechez de la que es pequeña ó mal configurada; lo que pretendo es hacer ver cuán dificiles y oscuros son ciertos problemas de tocologia , y cuán árduo el poder darles una solucion satisfactoria , aun cuando se sometan á una inteligencia nada comun y al criterio de un profesor esperto.

AÑO 1850.

Observacion 1.^a—Parto de vértice.—Eclámpsia en el período de espulsion.—Estraccion con fórceps de un feto muerto.—Restablecimiento de la púérpera.

Una señora, de edad de 30 años, de temperamento linfático, con edema de las estremidades inferiores, primeriza, habia cumplido los ocho meses de embarazo cuando se le presentaron los dolores de parto: continuaron estos con regularidad durante el período de dilatacion; pero apenas se rompió la bolsa de las aguas y bajó la cabeza del feto á la escavacion, apareció una fuerte eclámpsia. Se la sangró, se le dió un baño templado; y á pesar de estos medios, repitió la accesion con mayor intensidad, en términos que creí comprometida su vida. La cabeza del feto se hallaba en la escavacion de la pélvis en posicion occípito-anterior; y en tan crítico estado, no dudé aplicar el fórceps, logrando extraer fácilmente un feto de sexo femenino, incompletamente desarrollado y sin dar ninguna señal de vida. Cesaron inmediatamente las accesiones, quedando la púérpera en un profundo coma, del que salió al cabo de

seis horas. Se estableció la evacuacion loquial; y aunque se pronunció algo más la infiltracion de la cara y estremidades, se dispó á beneficio de un cocimiento aperitivo, quedando del todo restablecida.

Observacion 2.^a—Parto de vértice en una primeriza.—Eclámpsia en el período espulsivo.—Estraccion del feto á favor del fórceps.—Continuacion de la eclámpsia.—Metroperitonitis.—Muerte.

Una señora jóven, de temperamento linfático, primeriza é infiltrada, tuvo un parto de curso regular, aunque lento, en presentacion de vértice, posicion occípito-anterior izquierda, sin manifestarse ningun accidente hasta que la cabeza del feto entró en el tercio inferior de la escavacion. Apareció entonces una accesion de eclámpsia, repitiendo dos veces en breve espacio de tiempo. Hice sin demora la estraccion á favor del fórceps, y poco despues de la salida del feto, que no dió señales de vida, la de las secundinas: quedó algo inerte la matriz, y se presentó metrorragia grave, por lo que, en tal conflicto, se le dieron fricciones al hipogástrio, se le aplicó agua fria con vinagre al mismo sitio, y además con la mano froté la superficie interna del útero hasta que logré su contraccion. Cortos instantes habian trascurrido, cuando se presentó nuevamente la eclámpsia, y continuó repitiendo hasta el siguiente dia, quedando despues en un estado comatoso con ronquido, que hacía temer la apoplejía serosa. Con el auxilio de cataplasmas de nieve aplicadas á la cabeza y de vejigatorios á las estremidades y parte posterior del cuello, recobró su inteligencia, cesando de todo punto las accesiones convulsivas. No hubo mucho tiempo de tregua: se desenvolvió rápidamente una metroperitonitis, á la que sucumbió,

sin que lograra modificarla con fricciones de unguento mercurial y las evacuaciones de sangre que permitian sus fuerzas.

Observacion 3.^a—Parto de vértice.—Detencion de los hombros en el estrecho inferior.—Estraccion de un feto muerto.—Muerte de la madre.

Una señora, de edad de 35 años, primeriza, tuvo un parto de vértice, posicion desconocida: fué lento el período de dilatacion, y en la misma proporcion el espulsivo. En fuerza de trabajo logró la cabeza vencer el orificio vulvar: en tal estado se suspendieron las contracciones uterinas, quedando detenidos los hombros en el estrecho inferior; sin que el profesor encargado de su asistencia, con el más inesplicable abandono, nada hiciese hasta el dia siguiente, en que me llamó á consulta. Encontré la cabeza del feto colgando entre los muslos, lívida é hinchada la vulva, y fuerte reaccion febril: sin pérdida de tiempo hice la estraccion de los brazos, y sucesivamente del tronco del feto. Salió alguna cantidad de aguas, ya descompuestas, y extraje la placenta, que exhalaba un olor pútrido, análogo al del fluido amniótico. Reconociendo las partes genitales, ví que habia ya escaras en la vulva, y que la vagina estaba lívida, con señales de inminente gangrena. El puerperio fué comprometido; se gangrenó toda la vagina, comprendiendo el espesor de ambos tabiques; y aunque procuré oponerme á los progresos de la mortificacion, curando las escaras con quina y carbon en polvo, lociones de cocimiento de quina y escordio, mezclado con agua clorurada, fué vano mi empeño. La gangrena continuó sus progresos, las absorciones se verificaron cada vez en mayor escala, á pesar del uso interno de la limonada

sulfúrica y del cocimiento antiséptico ; y la situación de la enferma fué siendo más lamentable, pues al desprendimiento de las escaras quedaron dos estensas perforaciones, una en el tabique véstico-vaginal, y otra en el recto-vaginal, habiéndose eliminado por la perforacion anterior una escara constituida por la mayor parte de la mucosa-vesical, que parecia haberse esfoliado. No hubo fuerzas en la enferma para sobrellevar lesiones tan graves y profundas, y consumida por la fiebre y la supuracion, sucumbió al cabo de un mes.

OBSERVACION 4.^a — Refiérese ésta á la retencion de las secundinas por inercia de la matriz despues de un parto de vértice, terminado por los esfuerzos naturales. A las doce horas fuí llamado á consulta, y verifiqué la estraccion sin que ocurriese ningun accidente.

OBSERVACION 5.^a — Hace relacion á otra retencion de las secundinas despues de un parto de vértice y por idéntica causa. Hice la estraccion unas seis horas despues del parto, observando despues una dislaceracion casi completa del periné, pues solo el esfinter habia quedado ileso, rasgadura que debió verificarse en el acto del parto.

REFLEXIONES.

El primero de los hechos correspondientes al año 1850 es notable por haberse presentado en un parto de vértice y durante el período espulsivo, una accesion de eclámpsia, que repitió con mayor intensidad, á pesar de los oportunos

auxilios que se emplearon para su alivio, y exigió al cabo la estraccion con el fórceps.

Es la eclámpsia una neurósis del centro cerebro-espinal, que se revela por pérdida de la inteligencia y de la sensibilidad, acompañada de convulsiones clónicas, y que repite por accesiones con cortos intervalos. Manifiéstase unas veces en el curso del embarazo, otras durante el parto, que es lo más comun, y en ocasiones en el puerperio. La padecen principalmente las primerizas y las infiltradas, no siendo indiferente para su desenvolvimiento la alteracion que la sangre sufre en las últimas, y en especial la disminucion de albúmina. La iniciativa la tiene el desórden de inervacion del útero con motivo de los dolores de parto, y de allí se difunde é irrádía como de su principal foco al centro cerebro-raquidiano. Siempre es un accidente grave que á poco que repita, ocasiona la muerte del feto y pone en muy sério riesgo la vida de la madre. Por de pronto, se halla comprobada en esta observacion la muerte del feto á la segunda accesion; esplicándose fácilmente en éste y otros casos semejantes por el profundo trastorno de la inervacion y la alteracion de la circulacion útero-placentaria, durante el ataque convulsivo. Demuéstrase tambien en él la feliz influencia que tuvo la terminacion del parto en la neurósis, puesto que no volvió á presentarse ninguna accesion; únicamente el estado comatoso subsiguiente continuó por seis horas, pero al fin salió

de él la púérpera y se logró su restablecimiento. La observacion, pues, está aquí de acuerdo con la razon en considerar útil y eficaz, para evitar la repeticion de tan terribles y graves convulsiones, la terminacion del parto. Los demás medios terapéuticos empleados no tienen una accion tan decisiva, y conviene usarlos con mucho tino y discernimiento para no empeorar la situacion de la parturiente. La sangría es eficaz en la eclámpsia apoplética, en las de temperamento notoriamente sanguíneo; el baño general, pociones antiespasmódicas y enemas de asafétida en la eclámpsia puramente espasmódica y en las de temperamento nervioso; pero la importancia de todos estos auxilios está subordinada á los que conducen á acelerar la marcha del parto y llegar á su término. Las condiciones que predisponen y ocasionan dicho accidente, encuentran asimismo su sancion, por ser primeriza la parturiente y estar infiltrada. Hallamos, pues, completa conformidad entre las consecuencias deducidas de este hecho, y las establecidas ya por la esperiencia en vista de otros casos análogos: pronto tendremos motivo de razonar acerca de otro caso parecido y con muy distinto resultado.

El segundo hecho tiene muchos puntos de contacto con el anterior: son semejantes las condiciones que hicieron el parto laborioso; la parturiente era linfática, primeriza, y estaba infiltrada: el parto fué de vértice, y se hallaba

en el período espulsivo, cuando sobrevino la eclámpsia; también fué necesario el fórceps para terminarle. Hasta aquí no puede ser más óbvia la semejanza en todas las circunstancias del parto; pero ¿qué diferencia en el resultado! En esta parturiente, á pesar de haber hecho la extracción del feto, las accesiones continuaron repitiendo hasta el siguiente día, quedando después un coma tan profundo, que hacía temer la apoplejía serosa. Se salvó de este compromiso del cerebro á favor de cataplasmas de nieve y vejigatorios; y como si la fatalidad hubiese dispuesto su muerte, luego que la cabeza se despejó y empezó á ofrecernos esperanzas de un buen éxito, por un singular cambio de acciones patológicas y que son tan frecuentes en el curso de los padecimientos graves, vino á destruir nuestras ilusiones una inflamación aguda de la matriz y del peritoneo que no fué posible dominar, ni con la medicación antiflogística, ni con la mercurial. ¡Triste resultado, después de tanto luchar, de tantos y tan repetidos esfuerzos para combatir tan difíciles situaciones, para conjurar tan graves peligros! El ánimo más esforzado queda en tales casos profundamente abatido, y desalienta al ver que son estériles todos sus conatos; y que la ciencia queda vencida y humillada en circunstancias en que otras veces, con idénticos medios, ha obtenido felices triunfos.

La primera duda que asalta nuestra mente, es: ¿por qué terminado el parto continuaron las

accesiones de eclámpsia y se suspendieron en la anterior? ¿Por qué, después de haber salido del profundo letargo en que yacía la púérpera y de haberse despejado el cerebro, se comprometió el aparato genital hasta el punto de ocasionar la muerte? Cuestiones son estas que no puede darles solución quien no tiene el poder de penetrar en la misteriosa intimidad de la organización, y en las ocultas é impenetrables disposiciones individuales. Limitémonos, pues, á consignar el hecho sin intentar comentarle: baste saber que hay partos, como enfermedades, en que parece que el génio del mal todo lo dispone y combina para daño del enfermo y humillación del profesor. Deploremos estos casos, y no desmayemos en nuestro buen propósito de seguir la senda que la ciencia nos señala, dejando tranquila nuestra conciencia, y á salvo el decoro y dignidad de nuestra benéfica profesión.

La tercera observación no es menos digna de nuestro estudio, y de que fijemos en ella por algunos momentos nuestra consideración. Es un parto de vértice, en una primeriza de 35 años, lento en su curso, y en el que á duras penas pudo la cabeza del feto atravesar el orificio vulvar, quedándose en esta actitud por haberse suspendido los dolores, hasta el día siguiente en que fuí llamado para completar la espulsión del feto. Terminé fácilmente el parto; pero sobrevino lo que era de esperar: la gangrena de ambos tabiques, estensas perforaciones, exfolia-

cion de casi toda la vejiga, y la muerte, como término de tantas y tan graves lesiones, de la supuracion, de las absorciones y de la fiebre. Es éste un hecho inaudito ocurrido en Madrid, y de que tal vez no haya ejemplo en los fastos de la Tociologia. No cabe concebir cómo una parturiente asistida por un médico-cirujano, de cuyo nombre no quiero acordarme, quede abandonada y sin prestarle ningun auxilio por espacio de veinte y cuatro horas, teniendo la cabeza del feto colgando entre los muslos y detenidos los hombros en el estrecho inferior, por haber faltado en tan críticos momentos las contracciones uterinas, á consecuencia, sin duda alguna, del cansancio y fatiga de la matriz en un parto largo y penoso. No sé qué admirar más; si la impotencia de la matriz para concluir la espulsion del feto, estando ya tan adelantada, ó la impasibilidad del profesor que espera con los brazos cruzados y arma al brazo que la muerte, con su desoladora segur, venga á apoderarse de la vida del feto, y hiera tan honda y gravemente á la madre que la haga su víctima, despues de sufrir horribles padecimientos. ¡Punible abandono! ¡Reprensible descuido! ¡Criminal proceder! Por grande que sea siempre mi tolerancia, por sensible que sea juzgar y fallar severamente las acciones de sus semejantes, á quien, como ellos, se considera débil y falible, no puedo dejar de condenar, de reprobar con todas mis fuerzas, un proceder tan desusado é inesplicable. Pres-

cindo de lo sencillo de la maniobra y de la escasa resolucion que requería para ejecutarla : en el caso de que no se hubiese sentido con disposicion para efectuarla, ¿estaba en una aldea donde no podia consultar, recurrir á la ilustracion de otro compañero, y procurar con solicitud é interés los auxilios que reclamaba la situacion de aquella desgraciada? ¿Qué motivo, pues, pudo inducirle á seguir tan injustificada conducta? No puedo adivinarlo, y me queda, como me quedó entonces, el gran desconsuelo de no haber llegado con más oportunidad para evitar tan sensible desgracia.

Siguen á estos hechos dos estracciones de placenta, una doce horas, y otra seis despues del parto, siendo en ambas la inércia del útero la causa que habia impedido su espontánea espulsion. No hubo en el puerperio ningun accidente consecutivo que pudiera atribuirse á dicha maniobra, pues la rasgadura del periné, de que he hecho mérito en el segundo caso, debió verificarse, como sucede frecuentemente, al terminar la espulsion de la cabeza, sobre todo en las primerizas, y cuando el profesor descuida sostener el periné en tan criticos momentos. Cuestion es todavía debatida entre los tocólogos, si la placenta retenida en el útero, sin que vaya acompañada de hemorrágia, debe extraerse luego que pasan las primeras horas; ó abandonarse, esperando que su espulsion se verifique espontáneamente. Unos apoyan la pronta estraccion, y

otros, viendo en esta maniobra graves inconvenientes, la rehusan; apartando la vista de las consecuencias á que muchas veces dá lugar su permanencia dentro de la matriz. Asaltado por estas dudas, y vacilante mi ánimo al dar los primeros pasos en la práctica de la Tociología, mi razon se inclinó, sin tener todavía esperiencia propia, por la estraccion de las secundinas en las primeras horas, cuando la matriz no hacía su espulsion. Con resolucion adopté esta marcha, que es tambien la del mayor número de los tocólogos franceses; y siempre que me ha ocurrido este incidente y han pasado dos horas, aun en el caso de no haber hemorrágia, he procedido á su estraccion; y puedo decir en verdad, que no tengo motivos para estar arrepentido de esta práctica. Muchas son las veces que he sido llamado en consulta con este objeto, unas por inercia, otras por espasmo, otras por adherencias, y he preferido á todos los demás auxilios la estraccion de la placenta, siempre que me ha sido posible realizarla. En la generalidad de los casos ha sido una operacion inofensiva y sin ninguna consecuencia grave para la puérpera; pues en los pocos que ha sobrevenido despues la metroperitonitis, estoy dispuesto á creer que no fué producida por dicha operacion, sino preparada y determinada por el parto y por las condiciones especiales, creadas por el embarazo. No haciendo la estraccion en las primeras horas despues del parto, óbvios son los accidentes que pueden

sobrevvenir pór la presencia de la placenta en el útero, y que en muchos casos he tenido que lamentar, por ser ya tarde para evitarlos. Es uno el espasmo tónico de la matriz en la region que ocupa la placenta, encerrándola en su cavidad y formándole una especie de quiste; espasmo que algunas veces logra vencer la mano del Tocólogo con paciencia, pero que se resiste otras tenazmente y hace estériles todos nuestros esfuerzos. Otro es la descomposicion pútrida de la placenta, dando lugar á un estado morboso particular en el puerperio, llamado putridez ó estado pútrido. Contenida la placenta en la cavidad de un órgano hueco, que está en comunicacion con el ambiente, no puede menos de subordinarse á la ley de todos los cuerpos orgánicos, cuando la vida los abandona. Entra en putrefaccion, se disgregan sus elementos; y parte se absorben por los senos uterinos, parte se eliminan por la vagina bajo la forma de un fluido sumamente fétido. Las absorciones verificadas por las venas no pueden menos de producir en la sangre la infeccion pútrida, que se revela por postracion de fuerzas, descomposicion del semblante, lentores, lengua negruzca y seca, vientre meteorizado, diarrea fétida y pulso débil y frecuente: cuadro sintomático que he tenido ocasion de observar diferentes veces, y cuyos peligros no se conjuran toda vez que se han iniciado. Solo un caso recuerdo, para mí sorprendente, y que observé en la Clínica hace tres años en el núm. 1 de la sala

de Santa Isabel. Era una puérpera que llevaba seis dias de puerperio y no habia arrojado la placenta: se presentaban los síntomas que acabo de referir, y sin dilacion busqué la placenta y la estrahe en un estado de descomposicion pútrida; y con tal fetidez, que tuve por unos instantes que separarme de la cama, así como los discípulos que lo presenciaron. Se le dispusieron caldos con vino, limonada sulfúrica é inyecciones con cocimiento de quina y agua clorurada; y observé con asombro que al cabo de tres ó cuatro dias habian desaparecido los síntomas de putridez que la colocaban en situacion tan grave, y entró en convalecencia. No cabe dudar que la sangre estaba alterada por los elementos pútridos absorbidos; que la inervacion se hallaba bastante deprimida, y que se hubiese del todo estinguido, si tan acertadamente no se hubiera apartado el foco que habia dentro de la cavidad uterina, constituido por la placenta. Pero no se habia apagado en su organismo la fuerza de reaccion, y colocado en buenas condiciones pudo descartar y eliminar los elementos nocivos que habian penetrado en su seno; pero ¡cuántas otras veces le he visto impotente para conseguir ese resultado! ¡Cuántas sucumbir á la accion estupefaciente y mortífera que producen las materias pútridas absorbidas! Y prescindiendo de estos gravísimos accidentes, ¿no es tambien cierto que la inflamacion del útero se asocia ó sucede particularmente al primero, al espasmo? Y si tal

cúmulo de consecuencias trae en pos de sí la permanencia de la placenta dentro de la matriz; si tantos son los compromisos y riesgos que corre la púérpera en tales circunstancias, ¿será permitido dudar si aquella debe extraerse en las primeras horas, aunque no ocurra hemorragia? Creo que la contestacion no debe parecer dudosa: la placenta debe extraerse. Esta es al menos la humilde opinion que me atrevo á consignar aquí, y que sugerida primero por la razon, la he encontrado despues sancionada por mi práctica.

48

ANNO 1854.

Observacion 1.^a—Parto de vértice.—Procidencia del cordon umbilical.—Espulsion espontánea de un feto muerto de siete meses.

Fuí convocado á consulta para una señora que se hallaba de parto hacia algunas horas, con una asa de cordon fuera de las partes genitales: la reconocí, y encontré una presentacion de vértice, posicion occípito-anterior al nivel del estrecho superior, y con la mayor parte del cordon en procidencia. Intenté hacer la reduccion, procurando llevar el cordon hácia la sínfisis sacro-iliaca izquierda; pero sin resultado: el cordon no conservaba la posicion que le habia dado sino en tanto que le sostenia, volviendó á caer tan luego como le abandonaba. Escitado, sin embargo, el cuello de la matriz por el contacto de mi mano, sobrevinieron dos ó tres fuertes contracciones, y se verificó la espulsion de un feto muerto de unos siete meses.

**Observacion 2.^a—Parto en presentacion de vértice.—
Insercion de la placenta en el cuello uterino.—Aplicacion del fórceps.—Estraccion de un feto muerto de todo tiempo.**

Una señora, que se hallaba embarazada de todo tiempo, habia sufrido unos quince dias antes del parto una leve hemorrágia uterina, no habiendo tenido más novedad hasta que se indicó dicha funcion. Con los primeros dolores del parto apareció una hemorrágia copiosa, que no se pudo cohibir con la aplicacion de los refrigerantes, y hubo que apelar al taponamiento. Una hora despues, los dolores se hicieron más fuertes, lanzaron fuera el tapon y se rompió la bolsa de las aguas. Se presentó la cabeza en el estrecho superior y por delante el cordon umbilical: la hemorrágia continuaba, y en tal grado, que producía lipotimias y casi la desaparicion del pulso. Intenté la version, pero ya no pude repeler la cabeza; recurrí en seguida al fórceps, y extraje un feto muerto, quedando la madre en buen estado. El puerperio fué bueno y no se manifestó en él ningun accidente. La placenta ofrecía una forma irregular: estaba escotada, en forma semi-lunar, debiendo corresponder este borde al cuello uterino: el cordon estaba inserto cerca de dicha márgen.

Observacion 3.^a—Parto de vértice.—Procidencia del cordon umbilical.—Version podálica.—Estraccion de un feto muerto.—Muerte de la madre á las pocas horas.

La mujer que se hallaba de parto, y era objeto de consulta, habia tenido gran fatiga en los últimos meses del embarazo; y unos doce dias antes del parto fué acometida, segun me informaron, de un catarro pulmonal agudo, que exigió la permanencia en cama.

y algunas evacuaciones de sangre. Encontrábase aun bajo la influencia de este padecimiento, cuando se presentó el parto: despues de dolores preparantes muy ligeros, se rompió la bolsa amniótica y continuaron siendo muy débiles las contracciones de la matriz, apareciendo una gran asa de cordon fuera de la vulva. Unas seis horas despues fui llamado para terminar el parto. Era la presentacion de vértice, posicion occípito-iliáca izquierda transversal, colocado en el estrecho superior, bien dilatado el cuello uterino y con la mencionada asa de cordon fuera de los genitales. Todavía pulsaba en el acto de reconocerle: intenté la reduccion; pero no siéndome posible por su excesiva longitud, viendo anhelosa á la parturiente y con una fuerte reaccion febril, me decidí á practicar la version podálica. No ofreció dificultad el encontrar los pies con la mano izquierda, asirlos y estraer el tronco: desprendí los brazos, el posterior antes que el anterior; la cabeza se detuvo por algun tiempo, en mi concepto por haber hecho durante mis tracciones un movimiento de estension. Procuré doblarla, bajando el menton y haciendo movimientos en diversas direcciones con el tronco; pero seguia fija y como si se hubiese enclavado. Al fin, despues de algunos minutos, sobrevinieron contracciones del útero, é intentando nuevamente el movimiento de flexion, se verificó su desprendimiento. El feto estaba muerto, lo que no me produjo estrañeza, en atencion al tiempo que la cabeza estuvo detenida sin vencer el estrecho superior. Poco tiempo despues se presentaron las secundinas y se hizo su espulsion, ayudándola ligeramente con suaves tracciones. Se contrajo la matriz. Sin embargo, á los pocos minutos tuvo la púérpera una lipotimia, y á continuacion apareció una gran fatiga con estertor fuerte y sudores frios, que la pusieron en estado

de agonía ; sin que se observase hemorragia esterna ni interna , sucumbiendo á las pocas horas.

Observacion 4.^a—Parto en presentacion de hombro derecho.—Posicion céfalo-iliaca derecha.—Version podálica con feliz éxito.

En este parto fuí llamado algunas horas despues de haberse roto la bolsa de las aguas : se habian derramado estas en su mayor parte ; la matriz estaba contraida ; el feto en la presentacion y posicion arriba indicadas , y el brazo derecho lívido y fuera de la vulva. Habíanse hecho ya tentativas de version por el profesor encargado del parto , aunque infructuosamente ; y en esta situacion tan poco ventajosa la practiqué , aunque con algunas dificultades por el estado de contraccion del útero : coji pronto el pié derecho ; pero me fué trabajoso encontrar el izquierdo ; y despues de haber salido el tronco , la cabeza se detuvo algun tiempo por la contraccion espasmódica del cuello uterino. El feto era de todo tiempo ; nació algo asfixiado ; pero empleados los auxilios oportunos , se estableció la respiracion al cabo de algunos minutos. La madre no tuvo novedad alguna en su puerperio.

Observacion 5.^a—Parto de gemelos.—El primero en presentacion de vértice.—El segundo en presentacion de hombro.—Espulsion espontánea del primero.—Version pelviana del segundo con buen resultado.

Este hecho le tengo entre mis apuntes muy compendiado y reducido á breves líneas , que indican principalmente lo que hizo preternatural el parto , y la operacion que reclamó para su terminacion. La señora que se hallaba de parto , habia dado á luz un feto en presentacion

de vértice , y poco despues se le presentó otro de hombro, en cuyas circunstancias fuí llamado en consulta. Decidimos, de comun acuerdo el profesor encargado del parto y mi humilde persona , ejecutar sin dilacion la version pelviana. El cuello de la matriz estaba practicable , y se efectuó sin dificultad ; naciendo vivo el feto y quedando la madre en buen estado.

REFLEXIONES.

La observacion colocada en primer término es la relativa á un parto de vértice con procidencia del cordon umbilical; habiendo sido imposible la reduccion, y terminando espontáneamente con la espulsion de un feto muerto. La procidencia del cordon , ó sea la caida de él por delante de la region del feto que se presenta al orificio uterino , es un accidente que ocurre algunas veces en las presentaciones que no ocupan completamente el estrecho superior de la pélvis , sobre todo cuando el cordon es escesivamente largo y el fluido amniótico muy abundante. Pero aunque las regiones angulosas se prestan mejor á la aparicion de este accidente, se observa tambien en las presentaciones de vértice , cuando la cabeza del feto no es de grandes dimensiones. Es indiferente é inofensivo para la parturiente , porque no embaraza la marcha natural del parto ; pero de suma gravedad y trascendencia para el feto, por la compresion que el cordon sufre en las paredes de la pélvis al verificarse la espulsion,

y la interrupcion que ocasiona en el círculo sanguíneo, así como en la hematosi, que á poco tiempo que se prolongue, asfixia al feto. Así que; no debe parecer extraño, que en el parto á que me refiero, estando ya rota la bolsa amniótica y no pudiendo reducirse el asa del cordon que salia fuera de la vulva, naciese el feto muerto, á pesar del breve tiempo que tardó en concluir el parto.

El segundo hecho es un caso de distocia por insercion de la placenta en el cuello uterino, procidencia del cordon umbilical, y grave metrorragia. Quince dias antes del parto ya se habia manifestado una hemorrágia espontánea, que indicaba desprendimiento de la placenta por su proximidad al cuello de la matriz; y volvió á aparecer con el parto, siendo necesario para cohibirla el taponamiento. No obstante, continuaba despues de haberse dilatado el cuello uterino y roto la bolsa de las aguas; por lo que, no pudiendo hacer la version por estar ya encajado el vértice, recurrí al fórceps para terminar el parto. Es de notar en este hecho la hemorrágia grave que sobrevino en el curso del parto; á pesar de no estar inserta la placenta en el cuello mas que por un segmento de su circunferencia, como lo demostró despues el exámen de aquel órgano, que ofrecia una escotadura semi-lunar. Otra circunstancia atendible es la procidencia del cordon umbilical, favorecida evidentemente por su contigüidad al cuello de la matriz, y que

comprometió con la hemorrágia la vida del feto, sin poder salvarle, á pesar de la estraccion hecha con el fórceps. Encuéntrase ésta bastante justificada por la situacion grave en que se hallaba la parturiente con motivo de la pérdida de sangre, y la esperanza de salvar al feto, abreviando la duracion del parto. Desgraciadamente para el feto, fué infructuosa; pero altamente útil, y no temo decirlo, áncora de salvacion para la madre.

El tercer hecho, aunque de éxito infausto para el feto y para la madre, no se borrará nunca de mi mente y me servirá de provechosa leccion para casos análogos. La parturiente estaba sufriendo, desde unos doce dias antes del parto, un padecimiento agudo de los órganos respiratorios, febril, y que habia exigido el uso de evacuaciones de sangre. El profesor encargado del parto le habia calificado de catarro pulmonal agudo, y en su curso se declaró el parto en la presentacion ya indicada, y con precidencia del cordon umbilical. En tan desfavorables circunstancias, fuí llamado á consulta para resolver lo que hubiere de hacerse: consideré, por una parte, la situacion comprometida del feto con motivo de la caida del cordon; por otra, los riesgos que iba á correr la parturiente si el parto se prolongaba mucho tiempo; y en tal conflicto, y contando con tan desventajosas condiciones, me decidí á hacer la version podálica. Esta fué difícil y penosa en su último tiempo: la cabeza se desdobló, hizo un movimiento de estension al atravesar el estre-

cho superior, y se detuvo algun tiempo, á pesar de mis esfuerzos para hacer la flexion indispensable para su estraccion; y esta circunstancia, unida á la compresion del asa de cordon, que ocupaba la vagina, me esplican la muerte del feto. Lo que no tiene esplicacion tan fácil y satisfactoria es la muerte de la madre á las pocas horas, sin que apareciese hemorrágia esterna ni interna, y despues de la espulsion espontánea de las secundinas; presentándose como síntomas culminantes alguna lipotimia, estertor fuerte, depresion del pulso y sudores frios. Cábeme la duda de si la inervacion, que estaba ya malparada por la enfermedad aguda que se hallaba padeciendo, llegó á extinguirse por los dolores ocasionados en una operacion larga y penosa; ó si despues de verificada la deplecion de la matriz, los pulmones se hicieron un centro de fluxion, que provocó una congestion pulmonal rápida y mortal. Las probabilidades están por esta última opinion. De todos modos, es un hecho de altísima importancia, para que el práctico pueda calcular préviamente los quilates que aumenta á la gravedad de una operacion tocológica una situacion como la ya mencionada: el hallarse la parturiente bajo la influencia de un padecimiento agudo, y principalmente si es torácico. Mi buen deseo me condujo á obrar con resolucion y energía, sin tener en cuenta más que lo que la ciencia reclamaba, y olvidándome de mí mismo y de lo que convenia á mi reputacion. Digo esto,

no por hacer alarde de abnegacion , pues es virtud que vive familiarizada con el médico y que está encarnada en el ánimo de todos mis profesores ; sino porque la esperiencia , que es una gran consejera , me demuestra en las consecuencias de este importantísimo hecho los escasísimos resultados que puede prometerse el Tocólogo , de ejecutar una operacion algo séria en semejantes circunstancias. Siguen á estas observaciones las que hacen relacion á dos partos en presentacion de hombro , que hicieron necesaria la version podálica , y se efectuó con buen éxito. En el primero se descubren las dificultades que lleva consigo dicha operacion tocológica , cuando há tiempo que se han derramado las aguas del ámnios y se halla contraida la matriz. Su cavidad entonces está poco practicable , y la mano del operador á duras penas puede penetrar para alcanzar los pies. El feto se halla fijo y no tiene la movilidad que exige el cambio de actitud ; de manera que nunca repetiré demasiado que la version es operacion de oportunidad , que debe hacerse en el momento de romperse la bolsa amniótica , estando bien dilatado el cuello del útero ; sin malograr estos primeros momentos , que son los más á propósito para hacerla con buen resultado. La otra se hizo con rapidez , contribuyendo no poco á facilitar dicha maniobra el escaso volúmen del feto , como suele acontecer en partos de gemelos.

AÑO 1852.

Observacion 1.^a—Parto de vértice.—Lentitud en su curso por excesiva resistencia de las membranas.—Rotura de éstas.—Terminacion espontánea.

Hallábase una señora embarazada de todo tiempo, cuando se la presentaron los dolores de parto con toda regularidad. La presentacion era de vértice, posicion occipito-cotiloidea izquierda: el cuello de la matriz se dilató completamente, y empezaron los dolores espulsivos, sin que apenas pudiera apreciarse la bolsa. Fué descendiendo la cabeza á la escavacion, y al mismo tiempo formándose la bolsa, que llegó á adquirir grandes dimensiones. Acercábase la cabeza al estrecho inferior, y la bolsa no se habia roto: observando entonces que las membranas eran demasiado resistentes y que los dolores se reproducian sin resultado, facilité su rotura comprimiéndolas durante el dolor. Desde entonces, el parto siguió adelantando, y se verificó por los esfuerzos naturales; sin presentar otra cosa notable, mas que una vuelta de cordon que ofrecia el feto alrededor del cuello.

**Observacion 2.^a—Parto de vértice.—Tétanos uterino.
—Desaparicion de este accidente.—Terminacion espontánea.**

Estaba de parto una señora hacía unas veinte y cuatro horas : la presentacion era de vértice , posicion desconocida , y buena la conformacion de la pélvis. Las membranas se habian roto hacía cuatro horas , cuando el dolor se hizo continuo; la matriz se puso rígida y muy sensible , y el pulso febril. Nada adelantaba el parto, por lo que fui citado á consulta : creí de necesidad vencer el espasmo tónico de la matriz con una sangría, baño general templado y repetido, asociando á estos medios , lavativas laudanizadas. Se resistió por algunas horas ; pero al fin cesó el espasmo : las contracciones uterinas se hicieron regulares, y se verificó espontáneamente el parto á las doce horas de haberse roto la bolsa amniótica ; naciendo muerto el feto , con dos vueltas de cordon en el cuello, y una constriccion bastante notable en la base del pecho, marcada por un surco blanco que contrastaba con la lividez del resto de la piel. En el sobreparto no hubo ningun accidente.

Observacion 3.^a—Parto de vértice, laborioso por obstáculo mecánico.—Aplicacion del fórceps con buen resultado.

Una señora , de edad de 25 años, primeriza , que se encontraba en el término regular de su embarazo, se le declararon dolores de parto. La rotura de la bolsa fué anticipada, circunstancia que hizo lenta la dilatacion del cuello : con dificultad fué encajándose el vértice en posicion occípito-anterior derecha y recorriendo la escavacion ; pero apenas habia vencido el tercio superior, cuando , á pesar de la repeticion de las contracciones

uterinas por algunas horas, notó el profesor encargado del parto, que nada adelantaba, y me llamó á consulta. La encontré abatida, con la matriz contraída, rígida, especialmente el cuello que aun no estaba completamente dilatado; la vulva sumamente estrecha, y algo reducida la capacidad de la pélvis, en términos de no permitir ningun movimiento á la cabeza del feto; el tubo digestivo, fuertemente escitado por el agua de canela y centeno corniculado de que habia hecho uso. Calmé el espasmo de la matriz y facilité la relajacion de las partes blandas con dos baños templados; y despues de esperar prudentemente algunas horas, convencido de la imposibilidad de que pariese espontáneamente, apliqué el fórceps. Fué embarazosa la aplicacion de la rama derecha ó de mortaja; y á pesar de tener que comprimir moderadamente la cabeza, nació vivo el feto, y la madre continuó en un estado lisonjero.

**Observacion 4.^a—Parto en presentacion de hombro.
—Version podálica con buen éxito.**

Era una mujer de edad de 30 años, que se hallaba de parto, y habiéndose roto la bolsa amniótica á las cuatro de la mañana y salido gran cantidad de agua, creyó próximo su parto: continuaron los dolores sin que nada adelantase, y al cabo cesaron casi por completo con grande estrañeza de la parturiente. Eran las doce del dia cuando me invitaron para verla, ocho horas despues de la rotura de la bolsa, y la encontré con la matriz contraída, sin dolores, y el feto en presentacion de hombro derecho, posicion céfalo-iliaca derecha. Manifesté á los interesados las circunstancias del parto, y la necesidad de terminarle á favor de la version. La intentó el cirujano encargado del parto; pero no habien-

do podido practicarla, la ejecuté, aunque con alguna dificultad, por el estado de contraccion en que se hallaba el útero: el feto nació asfixiado; pero respiró al cabo de algunos minutos, y continuó viviendo. La madre tuvo un puerperio natural.

Observacion 5.^a—Enquistamiento de la placenta con adherencias.—Estraccion.

Una señora, de edad de 40 años, primeriza, tuvo un parto en presentacion de vértice, pero lento, en términos de suspenderse por algunas horas y de ser necesario que el profesor encargado de su asistencia le administrase un escrúpulo de centeno corniculado en dos dosis; con cuyo auxilio se reanimaron los dolores y terminó el parto, naciendo el feto muerto. A los pocos instantes se presentó grave hemorrágia, y se empleó el frio bajo todas formas, recurriendo por último al taponamiento para cohibirla. Dos horas despues del parto fuí llamado en consulta: nada de sangre salia al exterior; pero la matriz estaba dilatada y subia su fondo hasta cerca de la region epigástrica, con inclinacion al lado izquierdo: desde la region umbilical se estrechaba y formaba una especie de cuello largo hasta ocultarse en la pélvis. La piel estaba fresca y el pulso muy contraido, pero sin irregularidad. Era probable la existencia de una hemorrágia interna, unida á la contraccion irregular de la matriz, constituyendo lo que se llama *placenta enquistada*. De todos modos, creí de necesidad buscarla y estraerla: llenos estaban de coágulos la vagina y el cuello uterino; á alguna distancia de éste el cuerpo de la matriz estaba contraido, formando un segundo cuello, cuya resistencia pude vencer despues de algunos minutos, y penetrar en la cavidad que contenia la placenta. Se hallaba íntima-

mente adherida; la desprendí con las estremidades de los dedos y escité las contracciones del útero, frotando suavemente con las manos sus paredes. De esta manera logré extraer la placenta, sin que continuase despues la hemorrágia.

Observacion 6.^a—Parto espontáneo.—Retencion de la placenta por adherencias.—Estraccion con feliz éxito.

Una señora jóven, primeriza, despues de haber parido por los esfuerzos naturales, conservaba la placenta dentro del útero hacía sesenta horas, cuando fuí llamado para hacer su estraccion. El cuello de la matriz estaba practicable; pero el cuerpo contraido, encerrando en su cavidad la placenta. El vientre estaba muy sensible y habia fiebre alta; de modo que la matriz se hallaba amenazada de inflamacion. En tan desfavorables condiciones me atreví á extraer la placenta, desprendiendo antes su adherencia, lo que conseguí venciendo grandes dificultades. Desde aquel momento todo cesó como por encanto: se moderó la fiebre, sobrevino un sudor copioso, al siguiente dia se presentó la fluxion de los pechos para el establecimiento de la secrecion láctea, y se declaró la convalecencia.

REFLEXIONES.

La primera de las observaciones incluidas en el año 1852, hace referencia á un parto de vértice de curso lento, y que llegó á suspenderse en el período espulsivo, siendo el obstáculo mecánico que impedia su terminacion la excesiva

resistencia de las membranas. He consignado este hecho, porque ha sido para mí dudosa la intervencion de esta causa en la suspension del parto; pareciéndome que las contracciones uterinas enérgicas, el descenso del feto y la presión hecha por las aguas del ámnios, debian ser suficientes en todo caso para romper las membranas. Pero la esperiencia, que no está siempre de acuerdo con nuestras teorías, porque estas no son espresion de la verdad, acredita en éste y otros casos análogos, que pueden ofrecer tal cohesion y resistencia, que á pesar de la repetición de los dolores de parto, la bolsa se conserve íntegra; por más que aumente de dimensiones, hasta el punto de llegar á fatigarse el tejido muscular de la matriz y quedar inerte. Rota en estas circunstancias la bolsa; ya comprimiendo su parte central durante una contraccion uterina, es decir, cuando se hallan las membranas en mayor grado de tension; ya adelgazándolas con el borde de la uña del dedo índice; ya punzándolas con un cañoncito de pluma cortado á manera de mondadientes, resulta que se reduce la superficie, sobre la que obra el tejido de la matriz; que ésta se recoge, acortándose la fibra muscular, y despertándose de este modo su accion contractil. Por lo que debe considerarse la rotura artificial de las membranas, hecha oportunamente, como un auxilio eficaz para reanimar la accion del tejido uterino y favorecer la marcha del parto.

La segunda observacion alude á un parto de vértice, en el que cuatro horas despues de haberse roto la bolsa amniótica, sobrevino espasmo tónico de la matriz, suspendiéndose el curso de dicha funcion; y aunque en la generalidad de los casos no se vence por lo adelantado que se halla dicho accidente; en el que queda mencionado fué eficaz la terapéutica, porque se empleó con la necesaria oportunidad. La sangría, desengurjitando la matriz congestionada, el baño general templado y el ópio en enemas produciendo sedacion manifiesta en el sistema nervioso y contribuyendo á relajar el tejido uterino, satisficieron las principales y mas urjentes indicaciones; y correspondieron á las esperanzas que la ciencia funda en sus provechosos efectos. Luego que cesó el espasmo, el parto volvió á seguir su curso regular, y terminó por los esfuerzos naturales; pero ya era tarde para salvar la vida del feto, pues nació muerto y con señales de una fuerte constriccion en la base del pecho, determinada por el tejido uterino espasmodizado, que á manera de ligadura debió comprimir, al mismo tiempo que el tronco, el cordon umbilical, dando lugar á una pronta asfixia.

La tercera versa sobre un parto de vértice en una primeriza jóven, que llegado el período expulsivo, y cuando habia vencido el tercio superior de la escavacion, sobrevino lo que se llama enclavamiento; es decir, que por desproporcion de dimensiones entre la cabeza del feto y la

capacidad de la escavacion, quedó aquella fija, inmóvil, sin que, á pesar de los enérgicos y repetidos esfuerzos de la matriz, adelantase una línea. Habia, además de esta causa mecánica de distocia, otra dinámica, que era desórden en las fuerzas contractiles del útero, consiguiente, más bien que al mismo parto, á los medios escitantes que se habian empleado para activarle, como agua de canela y centeno corniculado. Procuré apartar el obstáculo dinámico, calmando la violenta escitacion provocada por dichos medicamentos con el baño general repetido; y conociendo que el obstáculo mecánico no podia vencerle la matriz por sus solos esfuerzos, apliqué el fórceps. Y cuenta que tuve que hacer alguna compresion, además de tracciones metódicas, para desenclavar la cabeza y estraerla, logrando con sorpresa mia que el feto naciese vivo. Este hecho nos enseña, que cuando la desproporcion de dimensiones que ha retardado ó impedido el parto es ligera y no escede de algunas líneas, el fórceps comun basta para terminarle; comprimiendo suavemente la cabeza del feto, y poniendo en armonía los diámetros antes incompatibles de aquella y de la pélvis de la madre.

En la cuarta se trata de un parto en presentacion de hombro derecho, posicion céfalo-iliaca derecha, en el que tuve que efectuar la version pelviana ocho horas despues de haberse roto la bolsa amniótica, cuando ya la matriz habia

perdido la mayor parte de las aguas y estaba contraída sobre el feto: sin embargo que ofreció las dificultades que eran de esperar por el estado de contracción del útero, se hizo, logrando al fin que naciese vivo el feto. Este hecho y otros semejantes que se encontrarán descritos en esta CLÍNICA, aunque no salgan del orden regular de los partos laboriosos, por presentación viciosa, que exigen una operación manual para su terminación, no deben pasar desapercibidos para nosotros; pues si entramos en su exámen, fácilmente nos penetraremos de la poca oportunidad con que se hace la versión, esperando muchas veces el profesor de cabecera largas horas después de rota la bolsa amniótica, y antes de resolverse á llamar al que ha de ejecutar la operación. ¡Descuido lamentable! ¡Conducta que no encuentra justificación en ninguna razón científica, ni tampoco en el interés personal del profesor encargado del parto! Porque, rota la bolsa de las aguas y conocida la presentación transversal, ¿qué razón hay que autorice á demorar la versión pelviana? ¿Se espera acaso que los esfuerzos naturales puedan hacerla, y terminar el parto sin intervención del arte? Conocidas son las excepcionales condiciones en que esto acontece: gran capacidad de la pélvis, feto abortivo ó incompletamente desarrollado y contracciones uterinas de grande energía. Aun así, solo he podido observar dos veces la versión pelviana espontánea, una en un feto de todo tiempo, y otra en uno

abortivo de unos seis meses ; pero ¿ cuántas y cuán numerosas he observado la impotencia de los esfuerzos de la parturiente , á pesar de contar con una matriz vigorosa ? Lejos de lograrse con la espectacion del profesor la terminacion espontánea del parto , lo que sucede comunmente es que , repitiendo la matriz sus esfuerzos infructuosamente , llega á espasmodizarse ; contrayéndose de un modo permanente , y haciendo difícil , y á veces imposible , la ilustrada intervencion del profesor .

Concluye la reseña clínica de este año con dos casos de estraccion de placenta , que por las circunstancias que los acompañaron y sus consecuencias , vienen á corroborar el juicio que hemos formado ya antes acerca de la conveniencia de no retardar dicha operacion , cuando no se verifica la espulsion espontánea . En efecto : en la primera hubo hemorrágia grave con enquistamiento de la placenta ; y en vez de extraerla como medio radical para detener la hemorrágia , se apeló á la aplicacion del frio y al taponamiento , medio inconducente , que en el estado de deplecion en que se encontraba el útero , poco despues de la espulsion del feto , no podia servir más que para convertir en interna la hemorrágia esterna . Así lo demostró despues la gran dilatacion que ofrecia el útero , hasta el punto de llegar el fondo al nivel de la region hepigástrica , y la exagerada cantidad de coágulos que salieron al extraer la placenta . Lo más óbvio

hubiera sido seguir desde luego la práctica indicada, y se hubiesen evitado á la puérpera molestias y sérios compromisos.

En el segundo permanecia la placenta adherida á la matriz hacía sesenta horas, dando lugar su presencia á una escitacion general y fiebre, que hacian temer graves trastornos. A pesar del largo tiempo trascurrido despues de la espulsion del feto, me decidí á estraerla; y lo conseguí, teniendo que desprender con las estremidades de los dedos las adherencias que conservaba con el útero. Y con gran satisfaccion mia, observé que los síntomas que ofrecia la enferma, desaparecieron brevemente, y todo volvió á su órden natural.

Es ciertamente notable que las contracciones uterinas no sean suficientes para romper los débiles vínculos que unen la placenta al útero: en el estado fisiológico, á los pocos minutos de haberse efectuado la espulsion del feto, la placenta se desprende; y cuando esto no sucede, y no ha habido inercia ni espasmo en la matriz, pueden sospecharse con fundamento adherencias patológicas que retienen la placenta. Estas preternaturales adherencias se consideran por la mayor parte de los tocólogos, como resultado de flegmasías parciales del tejido uterino ó de la misma placenta, que producen exudaciones de linfa plástica, que se organiza y constituye un tejido patológico, y sirve de medio unitivo entre dichos órganos. Esplicacion que, aunque ingeniosa, no

podemos saber si será espresion de la verdad, careciendo de los necesarios antecedentes de las embarazadas en que se ha presentado dicho fenómeno. De todos modos, es un accidente que no deja de observarse con alguna frecuencia, y que merece sérias y detenidas investigaciones para apreciar su verdadera causa.

AÑO 1853.

Observacion 1.^a—Parto de vértice.—Estraccion del feto con el fórceps.—Gangrena de la vulva y vagina.—Fístula recto-vaginal consecutiva.

Una señora, de edad de 40 años, de temperamento linfático-nervioso, primeriza, tuvo un embarazo bastante penoso, y habiéndose presentado los dolores de parto al cumplirse los nueve meses, se puso bajo la direccion de un médico homeópata. Fué lenta la dilatacion del cuello uterino, por haberse roto prematuramente la bolsa amniótica; y con mucha dificultad fué descendiendo la cabeza del feto en presentacion de vértice hasta colocarse en la parte inferior de la escavacion. Detúvose en este sitio largo tiempo, y se presentaron accesiones de eclámpsia apoplética, que pusieron su vida en inminente riesgo. Fuí llamado á las sesenta horas despues de haber empezado el parto: estaba la parturiente comatosa, sin dar razon de su estado, febril, con la lengua seca, el vientre de figura irregular, formando dos tumores distintos, uno debido al feto, y otro á la vejiga, dilatada por gran cantidad de orina: se tocaba el vértice del feto cerca del estrecho inferior, en

posicion occípito-anterior ó pubiana, y la vulva estaba notablemente edematosa, dejando apenas espacio para la introduccion de los dedos. Despues de haber manifestado los temores que me inspiraba la deplorable situacion de la parturiente y la seguridad de que hubiese muerto el feto, me decidí por su extraccion con el fórceps. Intenté el cateterismo con una algalia de mujer; pero no me fué posible sondar por su poca longitud; y no creyendo posible esperar á que se trajera otra de goma, por considerar peligrosa cualquiera dilacion, hice, aunque con trabajo, la aplicacion de las ramas del fórceps. Luego que se hubo articulado, la extraccion fué fácil y duró poco tiempo, no pudiendo evitar la rasgadura del periné, aunque quedó íntegro el esfínter del ano. Despues de haber salido el feto muerto, se presentó un raudal de aguas y orina, y procedí á la extraccion de la placenta. En el mismo dia, despues de haberse establecido una moderada reaccion, observé que habia incontinencia de orina; al siguiente aparecieron grandes escaras en la superficie interna de los labios de la vulva, que se estendian á la vagina sin alcanzar sus límites. Al cuarto, todo el conducto vulvo-vaginal parecia estar gangrenado, y el flujo procedente de él era sumamente fétido. Dispuse la aplicacion permanente de una algalia de goma para evitar el riego de orina en tejidos tan mal acondicionados, quina y cloruro de sosa en disolucion como tópicos; y de esta manera esperé el desprendimiento de las escaras. Luego que cayeron, pude observar el gran destrozo que habian hecho en el tabique recto-vaginal, quedando ileso el véxico-vaginal. La vejiga siguió inerte por un mes, y el trabajo de cicatrizacion se fué haciendo, procurando la separacion de las paredes de la vagina por medio de mechas. A pesar de ellas, se estrechó considerablemente dicho conducto en su

tercio superior, se habilitaron las funciones de la vejiga, y la enferma orinaba por influjo de su voluntad: solo quedaba de tales lesiones una hendidura de pulgada y media de longitud, que venia á corresponder á la línea media del tabique posterior, hallándose los tejidos que la formaban adelgazados y muy deleznable. Inútil es decir que dicha pérdida de sustancia establecia comunicacion entre ambos conductos, y que en el momento de deponer, casi todo el escremento salia por la vulva. Empleé diversos medios para corregir tan repugnante padecimiento: quietud, lociones é inyecciones astringentes con el cocimiento de hojas de nogal, mechas cubiertas de alumbre crudo en polvo, y otros varios de virtudes semejantes; pero aunque fué estrechándose algo, en términos de pasar parte del escremento por el ano, no conseguí obliterarla. Por lo que resolví últimamente practicar la sutura entrecortada ó de puntos separados, dando tres con agujas corvas de pequeñas dimensiones y conducidas por el porta-agujas de Mr. Roux. Con disgusto observé durante la operacion que era tan poca la cohesion de los bordes de la fistula, que se rasgaban apenas hacia alguna traccion de los hilos. Los corté al sexto dia, temiendo que un tejido tan mal acondicionado se gangrenase y quedase mayor lesion. No tuvo adhesion mas que en la parte media, quedando sin unir por encima y debajo. Desde entonces renuncié á todo medio quirúrgico, y le recomendé el uso de los baños sulfurosos frios de Carratraca, con los que consiguió una notable mejoría, en términos de que habitualmente no sale nada de la materia fecal por la fistula, á no ser líquida y muy suelta, en cuyo caso tiene todavía la molestia de verse algo manchada por delante.

Observacion 2.^a—Parto en presentacion de hombro izquierdo.—Posicion céfalo-iliaca izquierda.—Version podálica con buen éxito.

Hallábase una señora desde por la mañana con dolores de parto: se rompió la bolsa de las aguas á la una de la tarde y presentó el feto una mano. El profesor encargado de su asistencia hizo varias tentativas para la version, sin conseguirlo. Fui avisado á las cinco de la tarde para operarla, y encontré la matriz contraida sobre el feto, y éste en presentacion de hombro izquierdo, posicion céfalo-iliaca izquierda. Dispuse un baño general de 27° á fin de que la matriz se relajase, y á continuacion procedí á hacer la version podálica. Introduje la mano izquierda, y logre cojer un pié, no pudiendo, á pesar de mis conatos, asir el otro; pero hechas tracciones metódicas sobre la estremidad accesible, hizo el feto su evolucion, descendió el tronco, y auxiliado de los esfuerzos de la parturiente, no tardé en extraer una niña viva. Salieron poco despues las secundinas espontáneamente, sin que ocurriera nada extraordinario que perturbase la marcha natural del puerperio.

Observacion 3.^a—Parto natural.—Retencion de la placenta despues de desprendida, por espasmo del cuello.—Estraccion á las cuarenta y ocho horas.

Una señora jóven, primeriza, habia parido espontáneamente hacia cuarenta y ocho horas, y no se habia verificado la espulsion de las secundinas: estaba febril, y tenia grandes dolores de vientre, que le hacian prorrumpir en gritos. En esta situacion, me avisaron para verla, y practicado el reconocimiento vaginal para formar juicio de la causa que habia impedido la salida de la placenta, me hice cargo de que estaba desprendida y

retenida únicamente por espasmo del cuello uterino. Sin demora procedí á extraerla, teniendo únicamente que vencer una débil resistencia en el cuello de la matriz. La escitacion de ésta, así como la del aparato vascular, cesaron desde aquel instante, viéndose una vez más comprobado aquel axioma de *sublata causa tollitur effectus*.

REFLEXIONES.

En la primera observacion, se halla descrito un parto de vértice en una primeriza de edad adelantada, en el que sobrevino eclámpsia de forma apoplética; deteniéndose la cabeza del feto en el estrecho inferior por espacio de muchas horas, y ocasionando la compresion producida por tan dura superficie, retencion de orina y mortificacion en ambos tabiques; más profunda en el posterior, que al desprendimiento de las escaras, dejó como lesion indeleble una fistula recto-vaginal. Tenemos reunido en este solo parto muchos y graves accidentes, que por su casual combinacion constituyen uno de los más interesantes casos de distocia.

En él hubo rotura anticipada de la bolsa de las aguas, haciéndose con este motivo lenta la dilatacion del cuello uterino: declarado el período espulsivo, descendió el vértice del feto paulatinamente y se detuvo en el estrecho inferior, probablemente por estar cansada la matriz con la repeticion de largos y dolorosos esfuerzos. La

desacertada direccion á que estuvo sometida la parturiente y su agitacion moral por lo mucho que se demoraba el parto, desordenaron la inervacion, y provocaron la eclámpsia, que á no dardarlo produjo la muerte del feto y puso en tan grave compromiso la vida de la madre. La compresion hecha por la cabeza del feto sobre las paredes de la vagina y del intestino recto, sostenida por muchas horas, pues aunque no puedo fijarlas con exactitud, basta saber que llevaba ya sesenta de parto cuando me llamaron los interesados para operarla, dió por resultado necesario la gangrena de la vulva y vagina; interrumpiendo en ellas la circulacion é inervacion, dos elementos de vida indispensables. La mortificacion fué más profunda en el tabique posterior, y dió lugar á la fistula recto-vaginal ya indicada; en el anterior fué más superficial; pero dejó en estado de estupor el tejido muscular de la vejiga, que nos dá razon de la incontinencia que la púérpera tuvo por espacio de un mes. La fistula, aunque se estrechó, no llegó á cerrarse definitivamente á pesar del uso de los astringentes y de la sutura, esplicándose esta rebeldía por la poca cohesion y delgadez del tabique, que hizo ineficáces medios tan oportunos. Es, pues, un ejemplo elocuente de los graves desórdenes y lesiones que ocasiona en algunos partos la cabeza ú otra region del feto detenida largo tiempo en la escavacion de la pélvis, cuando el profesor encargado de su

asistencia ofrece la punible incuria de abandonarlo todo á los esfuerzos naturales, absteniéndose de intervenir activamente, si las condiciones del parto lo reclaman. No puede dudarse, que si esta desdichada hubiese sido auxiliada oportunamente á las seis ú ocho horas de permanecer la cabeza del feto en la escavacion de la pélvis, y el parto entonces se hubiese terminado con el fórceps, se hubieran evitado los graves desórdenes que sobrevinieron en la inervacion y la gangrena de los tabiques. Es, pues, menester no olvidar esta dolorosa leccion de la esperiencia, y no ser pródigo en medios activos, y principalmente operatorios en Tocologia; pero no economizar nunca la intervencion activa del profesor, cuando lo exijan las circunstancias del parto, el interés de la parturiente y la dignidad de la ciencia.

La segunda se refiere á un parto en presentacion de hombro izquierdo, posicion céfalo-iliaca izquierda, que exijió la version podálica, y se hizo con buen éxito; á pesar de haber trascurrido cuatro horas despues de haberse roto la bolsa amniótica, y de diferentes tentativas hechas infructuosamente por el profesor á quien se habia confiado la asistencia del parto. El estado de contraccion en que se hallaba ya la matriz, no me permitió cojer mas que uno de los pies; y sin embargo, él me bastó para dar la evolucion al feto y hacer su estraccion. Aunque siempre es preferible cojer los dos, por ser más fácil

la version ; cuando se encuentran grandes dificultades , basta asir uno , y principalmente si es el posterior para efectuarla.

El tercer caso consiste en la retencion de la placenta , por espasmo del cuello uterino , á las cuarenta y ocho horas de haberse verificado el parto , y su fácil estraccion , con lo que cesó el desasosiego de la parturiente y la reaccion febril que en ella se habia manifestado. Y llamo la atencion de mis comprofesores hácia este hecho, que más de una vez he tenido ocasion de observar: el estar detenida la placenta , parte en la cavidad de la vagina y parte en la de la matriz; sin haber más obstáculo para su espulsion que la contraccion espasmódica del cuello , que los dedos del operador vencen fácilmente , sacando del grave conflicto en que se hallan la parturiente y los interesados , y dejando bien puesto el honor de la ciencia.

AÑO 1854.

Observacion 1.^a—Parto en presentacion de vértice.—Ineficacia de los esfuerzos naturales.—Estraccion con el fórceps de un feto muerto.—Flebitis uterina.—Muerte de la parturiente al dia diez y siete.

Una señora jóven, primeriza, se hallaba de parto hacia cuatro dias en una situacion deplorable, cuando me llamaron á consulta. La presentacion del feto era de vértice, posicion occípito-iliaca izquierda, colocado en el tercio inferior de la escavacion, con retencion de orina, formando la vejiga un tumor que llegaba al ombligo; la matriz contraida sobre el feto: habia además fiebre, bastante agitacion, y la lengua estaba seca. Hacía más de veinticuatro horas que la cabeza estaba colocada en el sitio que ocupaba, y no se podia diferir más tiempo la terminacion del parto. Hice aplicacion del fórceps, habiendo antes intentado sondarla; aunque sin fruto, y estraje sin dificultad un feto muerto con el cordon marchito, las aguas fétidas y la placenta en estado de descomposicion. En el mismo dia le dió un gran frio, al que sucedió fuerte calentura; los lóquios abundantes y fétidos; no se estableció secrecion láctea. Re-

pitieron todos los dias los frios, alternados con intensas exacerbaciones, tos, grande anhelacion y diarrea. Su-
cumbió el dia diez y siete, en mi juicio de una flebitis
uterina y de la infeccion purulenta consecutiva.

**Observacion 2.^a—Parto en presentacion de hombro
derecho. —Version podálica con buen éxito para la
parturiente.**

Una señora, que habia tenido ya algunos partos
naturales, ofreció en el último una presentacion de
hombro, que no fué conocida del profesor que la asistia
hasta que se rompió la bolsa de las aguas y descendió
el brazo á la vagina. Algunas horas despues fui llamado
para hacer la extraccion del feto: la presentacion era de
hombro derecho, posicion céfalo-iliaca izquierda, todo
el brazo estendido y la mano fuera de la vulva, el
hombro muy encajado en el estrecho superior. Practiqué
la version podálica con grandes dificultades por la con-
traccion de las paredes uterinas; y despues de tener los
dos pies en la vagina, el tronco del feto no volvia en la
direccion deseada por impedirlo la rigidez de la matriz.
En fuerza de constancia logré que atravesáran el orificio
uterino, primero la pélvis y despues los hombros, no
ofreciendo dificultad alguna la extraccion de la cabeza.
Nació muerto el feto, y la madre quedó en buen estado,
no habiendo ocurrido ningun accidente en el puerperio.

**Observacion 3.^a—Parto en presentacion de hombro.
—Version podálica de un feto muerto.**

Encontrábase una señora embarazada de siete meses,
cuándo se le presentó el parto, y despues de rota la
bolsa de las aguas, un brazo del feto descendió á la
vagina: el profesor que la asistia hizo tracciones para

estraerle y le arrancó el brazo; buscó en seguida el otro, y le dejó casi desprendido del hombro. En tal situación la hallé cuando fui llamado á consulta. Era tal la actitud del feto dentro de la matriz, en virtud de las anteriores tentativas, que no podía calificarse la posición: busqué los pies con la mano derecha y practiqué la versión, á pesar de lo contraída que se hallaba la matriz y de lo mutilado que estaba el feto.

Su desarrollo correspondia á unos siete meses, y su muerte debió haberse verificado algunos dias antes de declararse el parto, pues ofrecia señales de maceracion. Tuvo en el puerperio, segun me informaron, una violenta metroperitonitis: estuvo enferma largo tiempo, y no pude saber despues cuál habia sido su suerte.

REFLEXIONES.

Versa la primera de estas observaciones sobre un parto de vértice en primera posición, que fué abandonado por espacio de cuatro dias á los esfuerzos naturales; sucumbiendo el feto, y colocando á la parturiente en situación tan comprometida, que hizo necesaria la aplicación del fórceps. No puede dudarse de la muerte del feto durante el parto por la fetidez que ofrecian las aguas, el reblandecimiento de la placenta y el aspecto del cordón: muerte ocasionada por la perturbación que sufre la circulación fetal cuando se repiten por largo tiempo las contracciones uterinas, se derraman las aguas del amnios y sufre compresión permanente el cordón umbilical. La

madre quedó también herida de muerte, pues ya había sobrecitación de la matriz con reacción febril y lengua seca, antes de recurrir al fórceps; y á pesar de ser fácil la extracción, en el mismo día se presentó una fiebre accesional con grande anhelación, tos y diarrea, que siguió repitiendo todos los días hasta el diez y siete, en que sucumbió la enferma. ¡Cuadro sintomático que nos revela el desenvolvimiento de una flebitis uterina é infección purulenta consecutiva! ¡Triste resultado de la negligencia que hubo durante el parto en prestar los convenientes auxilios, y sobre todo de la morosidad con que se acordó convocarme para operar, cuando los medios operatorios no podían ser eficaces para el objeto que la ciencia se propone, que es salvar la vida de los dos seres que figuran en tan terribles y pavorosas escenas! Y debo decirlo con dolor y poseído del más profundo sentimiento: que me he visto no pocas veces en situación tan desagradable por idénticas causas, por la falta de oportunidad. He visto en multitud de casos comprometido mi modesto nombre, aventurada mi humilde reputación, espuesto á la maledicencia y á la injusta censura del público el honor de la ciencia, en esos momentos solemnes en que la parturiente pide á voz en grito que la libren de los acerbos padecimientos que sufre; en que los interesados y amigos ruegan y suplican que siquiera se termine el parto, esperando que por este medio, al menos, podrá salvarse la interesante vida de la

madre; en que el profesor encargado de su asistencia, sintiendo en su corazón el peso de la grave responsabilidad que él tiene en aquella situación, y tal vez el angustioso remordimiento de haber avisado tarde para emplear el último auxilio, espera que se presente quien le dé algún respiro, quien le ofrezca algún consuelo, quien levante la losa que gravita sobre su pecho. ¡Día aciago para el profesor encargado del parto! ¡Momento fatal para el que tiene la desdicha de ser llamado en tan apurado trance! He sentido entonces la duda, la terrible perplejidad entre los deberes del hombre científico y las sugerencias del amor propio: he vacilado, he luchado conmigo mismo; pero al fin, y no lo digo por arrogancia, porque esas son las tendencias del corazón humano, la inclinación al bien en medio de los grandes conflictos, de las grandes desgracias y de los grandes dolores, al fin me decidía por dirigirme adonde veía el más leve destello de luz, la más remota esperanza de salvación, por terminar el parto. Con la resolución del que vé ahogarse á un hombre, aunque sea una persona desconocida, y se arroja al agua sin pensar en que puede ser también arrebatado por la corriente; con el ahinco y decidido empeño del que vé en un incendio envuelto entre las llamas algún inocente niño ó alguna débil mujer, y salta por encima de ellas sin prever que él puede ser víctima de su arrojó; con esa misma abnegación, después de meditadas todas las

circunstancias , con ánimo imperturbable y con fuerte voluntad , he ejecutado la operacion que reclamaban las condiciones del parto , sin que me arredrase el triste resultado que iba á seguir á mis generosos esfuerzos; sin pensar en las torcidas y poco benévolas interpretaciones que tal vez se harian más tarde de mi modo de proceder. La operacion se hace siguiendo los consejos de la ciencia ; la parturiente reanima su espíritu abatido ; los interesados se consuelan y alborozan; el profesor que estaba encargado del parto respira , y se dá el parabien de que al cabo haya podido terminarse; pero ¡qué efímero es este triunfo! ¡Qué rápidamente pasan las horas de consuelo y esperanza! La matriz, que habia hecho esfuerzos tan repetidos é infructuosos , que habia agotado su inervacion, tenia tambien entorpecida su circulacion, estaba ingurjitada , y algunas veces inflamada en sus diversos elementos anatómicos: la inflamacion toma nuevas creces en el puerperio , y cuando la influencia nerviosa ha quedado tan mal parada , tiene una terminacion funesta. Estas son las tristes é indeclinables consecuencias de omitir los auxilios que algunos partos reclaman, y de recurrir *tarde* á la necesaria intervencion del arte.

La segunda observacion consiste en una version podálica , hecha en un parto cuya presentacion era de hombro derecho, posicion céfalo-ilíaca derecha, que ofreció dificultades por el estado de

contraccion en que se hallaba la matriz, y lo encajado que el hombro se encontraba en la escavacion. La maniobra hubiera sido fácil si se hubiese efectuado en el momento oportuno; es decir, en el acto de estar completamente dilatado el cuello de la matriz y de romperse la bolsa amniótica, y entonces tambien se hubiese conservado la vida del feto. Con verdad puede decirse, que en ninguna de las aplicaciones de nuestra ciencia es más necesario tener presente la oportunidad de obrar.

Es la tercera otro caso de version podálica en un parto de hombro, cuya presentacion ofrecia un feto incompletamente desarrollado, de unos siete meses, y muerto con señales de maceracion. A pesar de faltarle ya un brazo y de estar casi desprendido el otro, por efecto de las tentativas que habia hecho el profesor á quien se habia confiado la asistencia de la parturiente, pude practicar la version. La maceracion que habian sufrido sus tejidos, dá razon del desprendimiento de las extremidades superiores por los esfuerzos de dicho profesor; pero aunque ésta fuera la principal causa, siempre dá una idea poco favorable del operador esta mutilacion del feto hecha involuntariamente: por lo tanto, conviene no olvidar que estas y otras operaciones tocológicas no son cuestion de *fuerza*, sino más bien de *arte*; no de grandes esfuerzos, sino más bien de la direccion é inteligencia con que se hacen por un profesor experimentado.

AÑO 1855.

Observacion 1.^a — Parto de vértice. — Eclámpsia. — Aplicacion del fórceps. — Estraccion de un niño vivo sin ningun accidente ulterior.

Refiérese esta operacion á una jóven primeriza, que en el acto del parto, presentándose el feto de vértice y colocado en la escavacion, fué acometida de eclámpsia apoplejiforme. Le repitieron en breves horas seis accesiones, quedando en los intervalos comatosa: se la sangró sin resultado, y viéndola en tan mala situacion, fui llamado para operarla. La aplicacion del fórceps se hizo con facilidad, y la estraccion se terminó en algunos minutos: la salida de las secundinas fué espontánea, y desde entonces solo tuvo una accesion convulsiva, subsistiendo el coma por más de doce horas, al cabo de las cuales empezó á despejarse, ofreciendo el puerperio un curso regular.

Observacion 2.^a — Parto de vértice. — Suspension de él por espasmo del útero. — Estraccion de un feto muerto con fórceps.

Una jóven, de edad de 30 años, primeriza, habia cumplido los nueve meses de su embarazo, cuando se le

presentaron los dolores de parto: la dilatacion del cuello se hizo con lentitud, y la matriz se fatigó en términos que sobrevino espasmo tónico; se procuró comba- tirle con una sangría y un baño general templado; disminuyó algo, y la cabeza del feto, colocada en la escavacion en posicion occípito-anterior, descendió al tercio inferior. En este punto se detuvo y permaneció doce horas; y viendo que nada adelantaba y amenazaba gangrenar los tejidos contíguos, apliqué el fórceps y estraje, no sin dificultad, un feto muerto. Al atravesar la cabeza el orificio vulvar, el periné sufrió alguna rasgadura; las secundinas salieron espontáneamente, y despues se presentó grande hemorrágia, que se cohibió á beneficio del hielo. El puerperio fué regular; no hubo más accidente que la gangrena superficial de la vagina, formando escaras estensas, que se desprendieron al cabo de unas tres semanas; siguió el trabajo de cicatrizacion, que dirigido con curas metódicas, se concluyó, quedando la puerpera en un estado lisonjero.

**Observacion 3.^a—Parto en presentacion de hombro.
—Version pelviana espontánea.**

Ví en consulta á una parturiente que hacía más de veinticuatro horas que habia presentado el hombro derecho del feto al estrecho superior, desdoblándose el brazo y descendiendo á la vagina. Varias veces habian intentado otros profesores con el encargado del parto, practicar la version, sin conseguirlo: lentamente, y á favor de grandes esfuerzos de la matriz, el hombro habia ido encajándose en la escavacion, y cuando pude reconocerla, habia ya vencido la sínfisis pubiana. El tronco se habia doblado, y las nalgas se hallaban cerca: introduje la mano por detrás y logré enganchar una

ingle, y haciendo tracciones durante el dolor, no tardó en descender la pélvis del feto al estrecho inferior. Estraje entonces la extremidad inferior correspondiente y despues la opuesta, completando la salida del feto. Este nació muerto; pero la madre siguió bien y tuvo un puerperio enteramente natural.

Observacion 4.^a—Parto de vértice.—Atresia vaginal.—Desbridamiento en el acto del parto.—Estraccion del feto con fórceps.

Fuí convocado para ver á una parturiente que estaba hacia algunas horas con dolores de parto, y tenia casi obliterada la vagina. Averigüé que dos años antes habia tenido un parto muy penoso, y que despues del puerperio, que fué largo y trabajoso, se habia apercibido de que se le habia cerrado el conducto vaginal. No obstante, concibió al través de un orificio de unas dos líneas de diámetro, que tales dimensiones tenia cuando la reconocí por primera vez en el acto del parto. Esplorada por el recto, se tocaba el vértice del feto en posicion occípito-anterior y colocado en la escavacion. Introducido un estilete por el orificio vulvar, encontraba resistencia á corta distancia, pero debida á lo sinuoso del trayecto y á las bridas que hallaba á su paso. Creí que una sangría y un baño general templado contribuirían á relajar el tejido inodular, mucho más siendo una mujer robusta. Continuaron las contracciones uterinas, y la cabeza fué descendiendo; pero á pesar del impulso que le comunicaba la matriz, nada adelantaba la abertura ni se vencía el obstáculo. Viendo despues de unas doce horas que se fatigaba el útero inútilmente, me propuse dilatar la vagina introduciendo la sonda acanalada y haciendo una incision en direccion trasversal,

de una pulgada de longitud á cada lado. Fué preciso despues ir cortando una série de anillos fibrosos con el bisturí de boton conducido con el dedo, hasta tanto que quedó descubierta la cabeza, y abertura practicable para que pudiera vencer el estrecho inferior sin resistencia. Tuvo bastante hemorrágia, principalmente venosa, que cohibí con tapones de hilas empapadas en agua estíptica y compresion hecha con los dedos. Repitieron algunas contracciones uterinas; pero á poco fueron debilitándose, hasta que cesaron, quedando la matriz inerte por cansancio. No habiéndose verificado el parto espontáneamente, fui llamado unas quince horas despues para hacer la extraccion del feto con el fórceps: habia ya fiebre, retencion grande de orina; en tal situacion, creí que no debia diferir la aplicacion del fórceps, que efectué, estrayendo un niño vivo y quedando la madre en buen estado. El puerperio fué en los primeros dias mejor que podia esperarse, sin accidentes de consideracion y sin metritis; procurando dirigir la cicatrizacion á favor de curas metódicas, hechas con mechas de hilas impregnadas de cerato, introducidas en la vagina. Desgraciadamente se desenvolvió á los pocos dias una fiebre de forma semejante á las lentas nerviosas, y á cuyos progresos sucumbió la enferma al cabo de unos dos meses próximamente.

REFLEXIONES.

El primer hecho de distocia que se encuentra consignado en el año 1855, consiste en una eclámpsia apoplejiforme que sobrevino en un parto de vértice durante el periodo espulsivo,

repetiendo seis accesiones hasta que el parto terminó artificialmente. Despues solo hubo una accesion, quedando coma por doce horas, que desapareció tambien; y desde entonces el puerperio siguió su curso natural. Esta importante observacion viene á comprobar la conveniencia de terminar el parto artificialmente, cuando es posible y sobreviene el grave accidente de que queda hecha mencion. Con la terminacion del parto cesó el desórden de inervacion uterina producido por la presencia del feto, y en su consecuencia desaparecieron asimismo las irradiaciones morbosas del centro cerebro-espinal. No deja de ser notable que el feto naciera vivo, resistiendo á las violentas sacudidas del sistema nervioso, y á la perturbacion que las convulsiones debieron producir en el aparato circulatorio: esto prueba que en Medicina todo es individual, y que la resistencia vital del feto fué superior á los desórdenes que amenazaron su vida.

El segundo hecho es otro caso de distocia que ofreció un parto de vértice en una primeriza, en la que sobrevino espasmo tónico de la matriz durante el período de espulsion. Este accidente suspendió el parto, y doce horas permaneció la cabeza del feto en posicion occipito-anterior, en cuyas circunstancias terminé el parto con el fórceps.

Como ya ha podido notarse en otras observaciones análogas que dejamos referidas, el espasmo de la matriz no pudo vencerse con la sangría

y baño general, cuya eficacia, aunque no es dudosa, no siempre basta á combatir tan formidable accidente. Se hizo necesaria la terminacion del parto despues de doce horas de estéril expectacion, cuando ya no habia esperanza de vida para el feto y era casi inevitable la gangrena en las paredes de la vagina. En efecto: se formaron escaras bastante estensas, que por fortuna no interesaron todo el espesor de los tabiques, y no dejaron fistulas consecutivas. Las úlceras que resultaron, se detergieron, y se obtuvo la cicatrizacion. Conviene no olvidar esta nueva leccion de la esperiencia, para comprender las lesiones que determina la compresion hecha por la cabeza del feto, cuando se detiene más de seis ú ocho horas en la escavacion, habiéndose ya roto las membranas y encontrándose fuera del útero; y lo fatales que son á la vida del feto esas mismas condiciones del parto, unidas á la contraccion no interrumpida de dicho órgano.

La tercera observacion es digna de estudio, por ser un hecho evidente de version pelviana espontánea, efectuada en mi presencia y con ligerísimos auxilios que presté á la parturiente cuando ya estaba á punto de terminarse. Este notable cambio de presentacion, efectuado por los solos esfuerzos naturales en un parto de hombro, que algunos han puesto en duda, y únicamente han aceptado con relacion á fetos abortivos é incompletamente desarrollados, es uno de los hechos que demuestran los prodigiosos recursos

de la naturaleza en los grandes conflictos. Es verdad que solo se presenta escepcionalmente cuando se reunen condiciones especiales, que con dificultad se concilian; tales son: la escesiva capacidad de la pélvis, el moderado desarrollo del feto y la grande energía de las contracciones uterinas; pero de todos modos, aunque rara vez se realice, es curioso y muy atendible el mecanismo que la naturaleza emplea para conseguirlo. El hombro encajado en el estrecho superior, en virtud de fuertes y repetidas contracciones de la matriz, vá descendiendo por la escavacion, atraviesa el estrecho inferior y se coloca debajo de la sínfisis. Estos movimientos son análogos á los que hace cualquiera region del feto, correspondiente ya á la estremidad cefálica ó pelviana; encajamiento del hombro, descenso y rotacion. Colocado debajo de la sínfisis pubiana, y no pudiendo avanzar más por impedirlo la colocacion del tronco, los esfuerzos uterinos se emplean en hacer descender las nalgas; movimiento que se verifica, sirviendo de eje el hombro que se encuentra debajo del arco de los púbis. El ulterior desprendimiento del feto se hace, como en los partos que primitivamente se presentan de nalgas. El feto nació muerto, porque hacía ya veinticuatro horas que el hombro se habia presentado al estrecho superior y roto la bolsa de las aguas, continuando incesantemente las contracciones de la matriz; circunstancias muy abonadas para pro-

ducir su asfixia. Este triste resultado, relativamente al feto, y las escepcionales condiciones que hacen posible la version pelviana espontánea, nos conducen á formar juicio acerca del verdadero valor de dicho cambio de presentacion efectuado por los esfuerzos naturales. Aunque admiremos ese procedimiento de la naturaleza para terminar el parto, no podemos aceptarle como ley, ni proponerle como regla de nuestra conducta. En presentaciones de hombro, la espectacion es, no solo estéril en la generalidad de los casos, sino perjudicial; y el profesor que en tales situaciones se cruza de brazos ante la parturiente esperando ese inusitado proceder de la naturaleza, es responsable de la vida del feto y de la madre, necesariamente comprometidas y amenazadas de un fin funesto. Lo lógico, lo procedente, lo que está en armonía con los principios de la ciencia y los resultados de la observacion, es hacer que el arte intervenga oportunamente, y cambie la presentacion en otra que haga posible la terminacion del parto.

La cuarta observacion se refiere á un hecho notable de atresia accidental de la vagina, que hizo necesarios grandes desbridamientos, y por último la aplicacion del fórceps para la terminacion del parto. La atresia accidental de que hablamos, y que llegaba hasta el punto de no dejar en la vagina mas que un orificio de dos líneas de diámetro, estaba constituida por un tejido inodular fibroso, fuerte y duro, que formaba

esteriormente un tabique , y por detrás bridas, que no pudieron romper los esfuerzos uterinos más enérgicos. El tejido inodular , segun me informaron , era consecuencia de otro parto que habia ocurrido hacia dos años, bastante penoso, así como el puerperio : de él resultarían probablemente escaras , y á su desprendimiento un trabajo de cicatrizacion , que no fué dirigido y auxiliado convenientemente para impedir las coartaciones que sobrevinieron despues. La considerable reduccion del orificio de la vagina no se opuso á la concepcion , aun sin ser posible la cópula; pero fué un obstáculo invencible para el parto, y que el arte tuvo necesidad de destruir. Se hicieron desbridamientos con la necesaria prudencia para no interesar la uretra ni el recto, cuando el parto se hallaba decididamente en el período espulsivo; y en atencion á que habia contracciones uterinas y que el feto , por otra parte, tenia ya vía practicable para su espulsion, esperé que tal vez se efectuase espontáneamente. Por desgracia no se realizó lo que habia creido posible, y tuve que recurrir al fórceps, logrando todavía extraer el feto vivo. A pesar de que los primeros dias del puerperio fueron bastante regulares, apareció despues de la primera semana una fiebre que , aunque yo no tuve ocasion de observar mas que dos ó tres veces durante su curso, por estar su asistencia confiada al profesor encargado del parto , me pareció de forma análoga á las lentas nerviosas , y acarreó la muerte

al cabo de unos dos meses. ¡Lamentable resultado, despues de tan tenáz y porfiada lucha! ¡Cuán sensible es, en casos como el presente, que el éxito no corone nuestros esfuerzos! Salvar á la madre y al feto de una muerte inminente, y despues, ¡que una enfermedad accidental venga á acibarar esta dulce satisfaccion, arrebatando la preciosa vida de uno de dichos séres! Condicion es esta de todas las cosas humanas; y el médico cristiano y filósofo debe encontrar, en medio de su desconsuelo, fácil resignacion.

446

AÑO 1856.

Observacion 1.^a—Parto en presentacion de la region abdominal, con prolapso del cordon umbilical. — Version podálica. — Feto asfixiado.

Una señora, que habia tenido un infarto del cuello uterino con descenso, se mejoró y llegó á concebir, siguiendo el embarazo una marcha regular. Se presentó el parto á su debido tiempo, y llevaba algunas horas con dolores preparantes, cuando me avisaron para verla en consulta. Tenia el cuello de la matriz medianamente dilatado, formada la bolsa con bastantes aguas, y no se alcanzaba ninguna region del feto. Despues de un reconocimiento se abrió aquella y descendió el cordon umbilical, presentándose el feto por la region abdominal: las aguas salian teñidas en meconio. Sin pérdida de tiempo efectué la version podálica; pero se detuvieron los hombros en el estrecho superior por la mucha estension del diámetro bi-acromial, y el feto nació asfixiado. La madre no tuvo novedad durante el puerperio.

Observacion 2.^a—Parto en presentacion de vértice.—Enclavamiento en el tercio inferior de la escavacion.—Aplicacion del fórceps con buen resultado para el feto y la parturiente.

Una jóven, primeriza, ofreció dolores preparantes que duraron largo tiempo: la presentacion era de vértice, posicion desconocida; despues de rota la bolsa, fué descendiendo aquel lentamente y llegó al tercio inferior de la escavacion, de cuyo punto no pasó, á pesar de fuertes y repetidos dolores espulsivos; y no creyendo prudente dejar que la cabeza del feto comprimiera más tiempo los tejidos adyacentes, y siendo, por otra parte, muy difícil su espontáneo desprendimiento por estar colocado en posicion occipito-posterior y á la altura que queda indicada, hice la estraccion con el fórceps. El feto nació vivo; y la madre, despues de un puerperio natural, se restableció completamente.

Observacion 3.^a—Parto de vértice.—Detencion de la placenta dentro de la matriz por espasmo del cuello.—Hemorragía interna.—Estraccion con buen resultado.

Concurrí en consulta á ver á una señora que habia parido felizmente; pero no se habia verificado la espulsion de la placenta, dando lugar á una hemorragía interna bastante grave. La matriz estaba dilatada, llena de coágulos de sangre, y la placenta circuida por el cuello uterino, formando una especie de tapon. Tracciones suaves sobre la parte de placenta que se hallaba fuera del cuello uterino, al mismo tiempo que algunas fricciones sobre el hipogástrio, facilitaron su espulsion y la de grandes coágulos sanguíneos, quedando en buen estado, y sin que ocurriese ningun accidente durante el puerperio.

REFLEXIONES.

La primera observacion se refiere á un parto en presentacion de la region abdominal con salida del cordon, que hizo necesaria la version podálica. Aunque las presentaciones más comunes de tronco son las laterales, no dejan de observarse alguna vez las del plano anterior, como en el presente caso. La version no es difícil en estas circunstancias; y si en el caso mencionado se encontraron dificultades, no fué para encontrar los pies, ni parâ hacer la evolucion del feto dentro del útero; sino en el momento de vencer los hombros el estrecho superior de la pélvis, por las excesivas dimensiones del diámetro bi-acromial, causa que influyó en que naciese asfixiado el feto. La salida del cordon por delante de él debió esponerle tambien á compresiones, que por más que quieran evitarse, nunca pueden del todo impedirse, producidas, ya por la mano del operador, ya por el mismo tronco del feto; y es bien notoria la facilidad con que determina la asfixia dicha causa mecánica.

La segunda observacion consiste en un parto de vértice, posicion occípito-posterior, que ignoro si en un principio sería derecha ó izquierda; porque cuando yo tuve ocasion de observarla estaba colocada la cabeza del feto en el tercio inferior de la escavacion, y probablemente á esa altura habria ya hecho el movimiento de rota-

cion. Colocada en ese punto y fatigada la matriz por la repetición de los esfuerzos, no tuvo bastante energía para completar su espulsion, y permaneció inmóvil por algunas horas, habiendo sido necesario que interviniese el fórceps para su extracción. Este hecho nos prueba las diferencias que ofrecen las posiciones occípito-posteriores, comparadas con las anteriores, para la facilidad del parto; lo cual no debe sorprendernos, si atendemos á la diferente estension que tiene la pared posterior de la pélvis puesta en relacion con la anterior, y á la mayor oblicuidad con que obran las fuerzas en las posiciones posteriores. No obstante, cuando la matriz no ha perdido su energía, y las dimensiones de la cabeza del feto no son desmesuradas, todavía puede ser espontánea su espulsion, como he podido observarlo en algun otro caso.

El tercer hecho es referente á un parto de vértice espontáneo, en el que no se verificó la espulsion de las secundinas por espasmo del cuello con hemorrágia interna de bastante consideracion, circunstancias que me obligaron á hacer su extracción tan luego como fui llamado en consulta. Este es un hecho más, que acredita que la placenta puede estar desprendida y permanecer dentro de la cavidad del útero, quedando una parte de ella circuida y abrazada por el cuello, donde forma una especie de tapon. En tal situacion, si el cuerpo de la matriz queda inerte, se concibe la posibilidad de la hemorrágia,

que se hace interna por estar obturado el cuello. La contraccion espasmódica de éste no corresponde á la inercia del cuerpo, y forma un contraste bastante notable, que sin embargo es una de las manifestaciones del antagonismo que hay en los órganos huecos, entre las fibras del cuerpo y las que constituyen los esfínteres. De todos modos, es conveniente que conste en esta observacion, que alguna vez, la causa que determina la retencion de la placenta, no es otra que la contraccion espasmódica del cuello uterino.

ANO 1857.

**Observacion 1.^a—Parto en presentacion de cara.—
Suspension de los dolores en el estrecho inferior.—
Estraccion hecha con el fórceps, y feliz resultado.**

Fuí llamado en consulta para ver á una señora que estaba de parto hacía muchas horas: la presentacion era de cara, mento-pubiana cuando yo pude observarla, infiriendo naturalmente que habria hecho ya el movimiento de rotacion, pues se hallaba tocando el estrecho inferior. Los dolores de parto se habian suspendido, la matriz estaba contraida y el pulso febril; se la sangró y se le dió un baño general templado; pero el parto nada adelantaba, por lo que tuve que hacer, de acuerdo con mis compañeros, aplicacion del fórceps para terminarle. La estraccion fué fácil; luego que descendió el menton debajo de la sínfisis pubiana, procuré dar un movimiento de flexion á la cabeza, á favor del que fué desprendiéndose con la necesaria lentitud el vértice por delante de la comisura posterior de la vulva. El feto nació vivo, y la madre quedó en un estado satisfactorio, sin que tuviera ningun trastorno en el puerperio.

Observacion 2.^a—Parto de vértice.—Posicion occípito-cotiloidea izquierda con el brazo derecho en flexion, colocado detrás de la nuca.—Rotura de las paredes uterinas.—Aplicacion del fórceps.—Estraccion imposible.—Funesto resultado para la madre y el feto.

Una señora, de edad de 40 años, que habia tenido otros dos partos, se hizo embarazada por tercera vez, y la gestacion siguió un curso regular, á escepcion de los últimos meses en que se presentaron fenómenos de plétora, y especialmente adormecimiento de las manos. En estas condiciones se presentó el parto á las cinco de la mañana, de cuya asistencia estaba yo encargado: la dilatacion del cuello se hizo con mucha lentitud; pero era ya completa á la una de la tarde, en cuya hora se rompió la bolsa amniótica. El vértice, colocado en primera posicion, se encajó en el estrecho superior de la pélvis; pero se presentaron dolores vivos en las estremidades, particularmente en la derecha, con sensacion de calambre, que le impedia sostenerse en actitud vertical. El calambre se fijó despues en el vientre, hácia el vacío derecho, y empezó á descomponerse el sistema nervioso. Se le hizo una sangría, se le dió un baño caliente; pero su situacion fué cada vez más grave. La matriz se contrajo sobre el feto, el vientre se meteorizó, el semblante se puso descompuesto, el pulso deprimido y la piel fria. A las diez de la noche, conociendo la gravedad de su situacion, celebré consulta con el señor D. Francisco Alarcos, actual cirujano de Cámara de S. M., y acordamos hacer, si era posible, la estraccion con el fórceps. Dos veces apliqué el fórceps, y otras tantas el compañero Sr. Alarcos, sin que pudiéramos mover la cabeza, ni hacerla descender una línea: la parturiente se postró más, disminuyó notablemente la

calorificacion, y el pulso se hizo imperceptible, sucumbiendo á la media hora. Tan luego como me cercioré de su muerte, practiqué, en presencia de otros profesores y alguno de los interesados, la operacion cesárea, á pesar de que no habia motivo alguno que autorizase á esperar que viviese el feto. Encontré, despues de hechas las incisiones con las precauciones necesarias, la matriz muy congestionada, alguna cantidad de sangre en el hipogástrio, en el punto más declive y entre las asas del intestino yeyuno. Un poco á la derecha de la línea media y en direccion paralela á ella, una rotura con bordes desiguales de una pulgada y media de longitud, sin que ninguna parte del feto hubiese salido al través de dicha solucion de continuidad. El feto estaba contenido en totalidad dentro de la cavidad uterina sin vida, y colocado en la posicion ya mencionada; pero con una particularidad digna de atencion: con el brazo derecho en flexion, colocada la mano detrás de la nuca, apoyando el codo sobre la eminencia ileo-pectínea derecha, con circulares de cordon alrededor del brazo y cuello.

Observacion 3.^a—Parto en presentacion de hombro izquierdo.—Posicion céfalo-iliaca izquierda.—Tétanos uterino.—Version podálica hecha en las condiciones más difíciles.—Metroperitonitis.—Muerte al tercer dia.

Una señora que ví en consulta, llevaba tres dias de parto, rota la bolsa de las aguas y el feto colocado en la presentacion y posicion indicadas, con la mano izquierda fuera de la vulva. Habia contraccion tetánica de la matriz, y se habian empleado inútilmente los medios terapéuticos racionales para combatir dicho estado patológico: diferentes veces se habia intentado por otros profesores hacer la version podálica sin lograrlo; y en

tan desfavorables condiciones, despues de haber oido la ilustrada opinion del Excmo. Sr. D. Tomás Corral, marqués de San Gregorio, me decidí á hacerla en la posicion que más podia facilitarla, apoyada la parturiente sobre las rodillas y los codos, logrando efectuarla, aunque con grandes dificultades. Estraje despues las secundinas, y quedó la parturiente fatigada de las molestias de la operacion. Hubo, como era de esperar, metroperitonitis consecutiva, y sucumbió al tercer dia.

REFLEXIONES.

El hecho de que primeramente se hace mencion en este año es un parto de cara, que no pudo terminarse por los esfuerzos naturales, y fué menester aplicar el fórceps para la extraccion de la cabeza; no habiendo producido ninguna consecuencia desagradable, ni para el feto, ni para la madre. Aunque no es de gran interés este caso, le he consignado, porque no hay hecho de distocia que no nos ofrezca alguna enseñanza. Efectivamente: aunque el parto de cara es el mayor número de veces espontáneo, en razon á que los diámetros de dicha region del feto son compatibles con los de los estrechos de la pélvis, hay que advertir que la region que constituye dicha presentacion no ofrece una superficie tan uniforme como el vértice; y que, por otra parte, las fuerzas de la matriz no obran tan directamente sobre el menton como sobre el occipucio, que puede decirse que forma una línea recta

con el raquis. Algunos fetos nacen asfixiados, sobre todo, cuando despues de haber descendido el menton debajo de la sínfisis pubiana, permanece allí algun tiempo comprimida la region anterior del cuello con el borde inferior de dicha sínfisis. En el caso á que nos referimos, el menton habia efectuado el movimiento de rotacion; pero la matriz estaba ya fatigada, y no tuvo bastante energía para hacerle descender y completar la expulsion de la cabeza. Si se hubiese diferido la estraccion, la vida del feto hubiese corrido sérios peligros, y la aplicacion del fórceps no tuvo otro objeto mas que evitarlos, habiendo el resultado correspondido á nuestras esperanzas.

De mucha mayor importancia, aunque desgraciado en su éxito, es el hecho que sigue, por el órden con que los hemos descrito: trátase en él de un parto de vértice en posicion occípito-anterior izquierda, que durante el período expulsivo ofreció un accidente gravísimo, que fué la rotura, aunque de poca estension, de las paredes uterinas en el segmento inferior y cerca de la línea media; esplicando la sensacion fuerte de calambre en el vacío derecho y estremidad inferior correspondiente, y el colapso del sistema nervioso, en términos de presentarse frialdad de la piel, depresion del pulso y la suspension del parto. La solucion de continuidad que queda mencionada, produjo hemorrágia intraperitoneal, como pudo comprobarse despues al hacer la operacion cesárea,

insignificante para explicar los graves síntomas que se presentaron en la enferma y que constituían un cuadro imponente; síntomas que fueron más bien debidos á la gran depresion del sistema nervioso. La rotura no dió paso á ninguna parte del feto, no porque no hubiera estension suficiente para permitir la salida de cualquiera region contigua, sino en razon de su fijeza é inmovilidad, por la anómala y viciosa posicion que habia tomado. Es de muy difícil averiguacion la causa que dió lugar á tan grave suceso; y en mi juicio no tiene explicacion plausible, á no fijar nuestra consideracion en la actitud del brazo derecho, apoyado á manera de estribo sobre el estrecho superior de la pélvis, haciendo imposible el descenso de la cabeza del feto á la escavacion, y estériles y completamente ineficáces los esfuerzos uterinos. No habia antecedente alguno de padecimiento de la matriz durante la gestacion, ni en los puerperios anteriores, que hubiese disminuido la cohesion de su parénquima, ni recuerdo de ninguna causa mecánica, como golpe ó caida, que hubiera debilitado el tejido de dicho órgano; solo un estado de fuerte tension, con motivo de las enérgicas contracciones que intentaban vencer una resistencia que de suyo era invencible, dá razon de la rotura, que tan fatales consecuencias produjo.

Otro punto, muy digno de ser meditado, es la posicion que ofrecia el feto, y que pudimos observar con toda claridad al practicar la opera-

cion cesárea. El brazo derecho estaba en flexion, apoyado el codo encima de la eminencia ileopectínea, con la mano detrás de la nuca, y circulares de cordón alrededor del cuello y de dicha extremidad. Conjunto singular de circunstancias, que por más que la imaginación vuele por el campo de la especulación y de las conjeturas, no acierta á explicar cómo se combinaron tan desfavorables condiciones en daño del feto y de la parturiente. Lo cierto es que, en su virtud, el feto quedó en tal estado de inmovilidad, que ni las más enérgicas contracciones de la matriz, ni las tracciones efectuadas con el fórceps, pudieron hacer que la cabeza descendiese á la escavacion. ¡Lección elocuente para los que presumen de ciencia, y creen que no hay situación que no pueda dominar el arte! En Tocología, como en las demás ramas de la Medicina, no faltan ciertamente ocasiones que humillen nuestro orgullo, si de él fuéramos capaces, y que acrediten lo limitado de nuestras facultades y su impotencia contra ciertos obstáculos que no están al alcance de la inteligencia y de la previsión humanas. Sin embargo, aprovechemos estas y otras lecciones severas que nos dá la experiencia, para no envanecernos cuando obtengamos algún triunfo, por brillante que sea; y para no abatir nuestro ánimo más de lo justo, cuando la suerte no nos sonría y nos ofrezca tristes y aflictivas escenas como la que acabo de referir.

El último hecho es de los que han puesto á

prueba mi fé científica y mi abnegacion, conduciéndome á hacer la version podálica en situacion tan desventajosa, cuando tenia tanto que temer y tan poco que esperar. Un parto en presentacion de hombro izquierdo, posicion céfalo-ilíaca izquierda, que llevaba tres dias de duracion; la matriz sin aguas, contraida tetánicamente, la parturiente febril, y con la agitacion y desconfianza que eran consiguientes á las repetidas tentativas que se habian hecho para la version, constituian por cierto una situacion bien deplorable, y en la que poco podia prometerme, aun en el caso de poder realizarla. No obstante, en trance tan apurado y grave, no habia otro recurso que emplear en beneficio de aquella desdichada, y si no tenia efecto, la embriotomía en último término. Por fortuna conseguí, auxiliado con el autorizado consejo del Excmo. Sr. Marqués de San Gregorio, practicarla, y no hubo que apelar á la mutilacion del feto. Pero no tardó en desenvolverse una grave inflamacion de la matriz y del peritoneo, que arrebató la vida de la puérpera, dejando en el mayor desconsuelo á su desgraciada familia; y á mí, así como á mis dignos compañeros, con el sentimiento de que tantos dias de lucha y de trabajo, tantos y tan generosos esfuerzos y cuidados fueran malogrados, al menos para salvar la vida de la desventurada parturiente que se habia sometido á nuestra direccion y confiado á nuestra humilde ciencia.

AÑO 1858.

**Observacion 1.^a—Parto en presentacion de vértice.—
Posicion desconocida. — Estraccion con el fórceps, con
buen éxito para la madre.**

Una señora, de edad de 29 años, primeriza, llevaba largo tiempo de parto, cuando me avisaron para verla en consulta: se la habia sangrado y se habian empleado algunos otros medios para facilitar el parto. La cabeza del feto se hallaba detenida en el tercio inferior de la escavacion, y nada adelantaba á pesar de los repetidos esfuerzos de la matriz. El feto no daba señal alguna de vida, y la parturiente se encontraba en una situacion angustiosa; por lo que acordamos que se terminase el parto con el fórceps. La estraccion fué fácil y el puerperio bueno; el feto estaba muerto, segun se habia previsto antes de recurrir á dicha operacion.

**Obervacion 2.^a—Parto en presentacion de vértice.—
Inercia de la matriz y estado nervioso general.—Aplicacion del fórceps.—Muerte á las seis horas.**

Hallábase de parto una señora, de edad de 34 años, primeriza, de malos antecedentes, porque su madre

y una hermana habian muerto de parto. Cuatro dias hacia, cuando yo la ví, que estaba con dolores, y en la situacion más deplorable: la matriz contraida sobre el feto, con retencion considerable de orina; la cabeza colocada en presentacion de vértice, posicion occipito-anterior derecha, ocupando la escavacion y entrando en el estrecho inferior. El estado general era sumamente grave: habia delirio alto, movimientos convulsivos de los brazos, mirada vaga, descomposicion del semblante, color cianósico en la cara y manos, frialdad, y pulso frecuente y contraido. Le habian al principio practicado una sangría, y en los dias subsiguientes le habian dado vino generoso y cornezuelo de centeno. En esta situacion habia muy poco que esperar, cualquiera que fuera el partido que se adoptase; pero no habiendo otro recurso para salvar á la parturiente que la extraccion del feto, aunque con desconfianza, la hice con el fórceps, sondándola préviamente, á fin de quitar el obstáculo que constituia la vejiga urinaria en estado de replecion. Practicada la extraccion del feto, y dando algun reposo á la puérpera, procedí á la de la placenta, viendo que no salia espontáneamente. La matriz quedó inerte, y procuré su contraccion, introduciéndo la mano en su cavidad, frotando su superficie interna, aplicando compresas impregnadas en agua fria al hipogástrio, y dándole de tiempo en tiempo alguna cucharada de caldo. Sucumbió seis horas despues de la operacion.

Observacion 3.^a—Parto en presentacion anómala y complicada.—Tétanos de la matriz.—Muerte sin poder hacer la extraccion del feto.

Una señora, de edad de 38 años, habia tenido dos partos, el primero de vértice y el segundo de pies,

ambos largos y penosos, habiendo nacido muertos los fetos. El domingo 12 de diciembre, por la tarde, se le presentaron dolores de parto, y al anochecer se rompió la bolsa de las aguas. El profesor que la asistía no conoció la presentación, y pasó de esta manera el lunes, sin hacer otra cosa que una pequeña sangría. Continuaron las contracciones de la matriz, pero parciales y limitadas al hipogástrico: las aguas salieron en gran cantidad. El miércoles, por la mañana, avisó el de cabecera á otro profesor; y tocando en el orificio uterino una mano y un pié, hicieron tentativas de version sin resultado. Me llamaron en consulta á las once de la mañana, y la encontré con la matriz contraída sobre el feto, dura y sensible, algo febril; la inteligencia en estado de integridad. El orificio de la matriz estaba incompletamente dilatado; al lado derecho se tocaba una mano con parte del antebrazo correspondiente; en el centro una asa de cordón, y al lado izquierdo un pié: la cabeza colocada por encima de los púbis. Intenté sin dilación la version podálica, mandando hacer previamente una sangría corta para relajar la matriz. Mis esfuerzos fueron inútiles, así para hacer descender el pié, como para repeler la cabeza. Dispuse un baño general á 28°, pomada de belladona en fricciones al cuello uterino y al abdomen, y enemas con 10 gotas de láudano. A las tres de la tarde repetí la tentativa, tan infructuosamente como la primera vez. Le hice tomar otro baño, alguna lavativa anodina, y volví á verla á las nueve de la noche; encontré la misma imposibilidad, y entonces la sometí á la influencia del cloroformo hasta producir anestesia. Tuve asido el pié diferentes veces, sin poder hacerle bajar, ni mover la cabeza. Otros dos profesores repitieron la misma maniobra con el desconsuelo de no poder practicar la version, ni variar ó modificar la posición

viciosa del feto. Quise aplicar el fórceps ; pero no me fué posible alcanzar la cabeza. En tal estado , la dejé descansar , acordando que por la mañana se recurriría á la embriotomía si era practicable. Pero se agravó de tal modo su situacion , que fué imposible intentarla , y sucumbió á las cuatro de la tarde.

Observacion 4.^a—Parto de vértice.—Retencion de la placenta por espasmo producido por el centeno de cornezuelo.—Síntomas de flebitis uterina.—Muerte al dia diez y siete.

Una jóven, de 24 años , robusta, primeriza , tuvo un parto largo y penoso , aunque en presentacion de vértice. Empleó el que la asistía centeno corniculado para acelerar su marcha , y tuvo espasmo de la matriz : se venció con un baño general y una sangría , con lo que terminó el parto ; pero no espulsó la placenta. Se presentó hemorrágia ; y dos horas despues me llamaron para estraerla , lo que hice inmediatamente , á pesar de que encontré la matriz fuertemente contraida. A los cuatro dias apareció , segun me informaron , una fiebre accesional , simulando una intermitente , para la que se empleó , sin provecho , el sulfato de quinina. Algunos despues tuve ocasion de ver á dicha púérpera , y consideré la fiebre sintomática de flebitis uterina. Se la sometió á un plan antiflogístico moderado y prudente , asociando á él algun medicamento antiespasmódico. La fiebre continuó hasta el dia diez y siete , en que sucumbió la enferma.

Observacion 5.^a—Parto de vértice.—Retencion de la placenta por adherencias.—Fiebre puerperal de forma atáxica.—Muerte al día quinto.

Una señora, de edad de 32 años, de temperamento nervioso, primeriza, cuyo parto fué espontáneo y en presentacion de vértice, habia tenido en los últimos dias del embarazo síntomas de una afeccion catarral, y durante el parto repetidos vómitos biliosos. Despues de haber terminado, no se desprendió la placenta, y al poco tiempo apareció hemorrágia, llegando hasta el punto de producir lipotimias. Dos horas hacía que habia parido, cuando fuí llamado en consulta; y creyendo la hemorrágia grave, efectué la extraccion de la placenta, encontrándola adherida y sujeta por la matriz contraida espasmódicamente. Cesó la hemorrágia, se estableció reaccion; y á las veinticuatro horas, hallándose ya in-febril, le apareció un dolor en la region iliaca derecha, que se estendió á los lomos, acompañado de fiebre alta. El dolor calmó con tópicos emolientes y anodinos; pero continuó la fiebre con el carácter de continua continente, siendo los dolores casi continuos. Al cuarto dia se presentó una leve hemorrágia nasal, tartamudez, fruncimiento automático de los labios y sordera: al quinto, sopor profundo, insensibilidad y resolucion general de los miembros, sucumbiendo en este estado por la noche. La fiebre fué siempre alta, siendo el número de pulsaciones de 120 á 140. El tratamiento fué atemperante los dos primeros dias; al tercero se le administró ipecacuana en polvo (6 granos cada dos horas), despues sulfato de quinina (4 granos cada dos horas); se le aplicaron vejigatorios á las piernas, sin interrumpir los tópicos anodinos al abdómen. No se obtuvieron con el uso de la ipecacuana deposiciones de vientre, ni hubo

modificacion alguna en el curso de la fiebre con el sulfato de quinina.

Observacion 6.^a—Hematocele ó tumor hemático de la vulva y vagina, inmediatamente despues del parto. —Abertura espontánea.—Curacion.

Una jóven, costurera, primeriza, habia tenido un parto feliz, aunque lento; y poco despues se le formó un tumor en la vagina y grande lábio derecho, del tamaño de la cabeza de un feto. El profesor que la asistía creyó al principio que sería una hérnia, y me convocó á consulta. Era dicho tumor de las referidas dimensiones, lívido; desfiguraba la vulva ocultando su abertura, que se encontraba hácia atrás y abajo; estrechaba la vagina y se extendia por fuera hasta la region inguinal. Se pusieron por mi consejo fomentos de cocimiento de flor de sauco con agua vegeto, y á los dos dias se abrió espontáneamente, dando salida á una gran cantidad de sangre, en su mayor parte coagulada. Tuvo reaccion febril, aunque pasajera, y la cicatrizacion se hizo con rapidez á beneficio de curas sencillas con planchuelas de cerato.

REFLEXIONES.

La observacion que inicia la historia de los casos de distocia comprendidos en este año, hace relacion á un parto de vértice, en el que descendió con trabajo dicha region del feto hasta el tercio inferior de la escavacion, permaneciendo en ese punto sin adelantar nada, y dando lugar

á la muerte del feto. El parto estuvo suspendido por haber caído la matriz en el estado de inercia, consecutivo á largos y repetidos esfuerzos y que es efecto de una actividad escesiva del tejido uterino; pero gastada en virtud de la repetición de sus contracciones. Cuando de esta manera se agota la fuerza contractil del tejido de la matriz, no se restablece sin un largo reposo; y como esto tiene inconvenientes cuando la cabeza del feto se halla en la escavacion, desnuda de membranas y comprimiendo las paredes de la vagina, por esta razon me decidí á aplicar el fórceps, estrayendo un feto muerto; pero quedando la madre en un estado satisfactorio, que fué sucedido de un puerperio natural.

La segunda observacion ofrece uno de esos horribles cuadros que se presentan en la práctica de la Tocologia, y que, fuerza es decirlo, son resultado de la negligencia del profesor encargado del parto, y de la falta de oportunos auxilios. Un parto de vértice, posicion occípito-anterior derecha, en una primeriza de 34 años, que llevaba cuatro dias de duracion; agotando la fuerza contractil de la matriz, produciendo retencion de orina, y lo que es aun más grave, descomponiendo el sistema nervioso, en términos de producir delirio, movimientos convulsivos, cianosis de la cara y manos, frialdad de la piel y depresion del pulso. En tan lamentable estado, fui llamado por los profesores que se hallaban al lado de la parturiente para sacarles

de tan aflictiva y apurada situacion. ¡Vana esperanza! ¡Habia ya pasado la ocasion, el momento oportuno de obrar, de hacer intervenir al arte con provecho de la parturiente y con honra de la profesion! Adonde quiera que se volvia la vista, no se hallaban más que inconvenientes: en la balanza de la razon pesaban más las probabilidades de mal que de bien; el feto estaba muerto y la madre próxima á sucumbir. No obstante, aun en medio de estos conflictos se levanta del corazon una voz que penetra hondamente en nuestra alma: esta es la voz de la compasion que nos inspiran tamañas desdichas, y el instintivo anhelo de hacer bien, de aliviar el dolor, de proporcionar algun consuelo, de arrancar á la parturiente y á los interesados de la fatal desesperacion que despedaza su alma; y ofrecerles, aunque tardíos, los recursos que sugiere la ciencia, siquiera sea como la gota de agua que refresca la boca del que viaja por un abrasado desierto, y no encuentra donde satisfacer su sed. Estos motivos, y no otros, me impulsaron á practicar el cateterismo, y hacer despues la extraccion del feto con el fórceps, á pesar de que preveia la escasísima utilidad de mis esfuerzos. La parturiente toleró bien la operacion: estuvo más tranquila; pero el sistema nervioso habia quedado tan mal parado, que era, si no imposible, muy dificil que sus actos volviesen á armonizarse, y se estableciese la reaccion necesaria para la conservacion del

orden fisiológico. Sucumbió, no de hemorragia sanguínea, porque ya tuve cuidado de cohibirla frotando la superficie interna de la matriz, y haciendo aplicacion del frio; sino de hemorragia nerviosa, como llama un profesor célebre á las grandes é irreparables pérdidas de inervacion que produce el dolor.

El tercer caso de distocia consiste en una posicion viciosa del feto, y un tétanos de la matriz que no pudo dominar el arte con ningun medio terapéutico. La posicion era de las más anómalas que he observado, y muy digna de llamar nuestra atencion. En el orificio de la matriz se presentaba una mano y un pié, y entre estas dos estremidades, una asa de cordon; la cabeza por encima de los púbis, de modo que el feto debia tener el tronco doblado sobre el plano anterior, en términos de hallarse contiguos en el segmento inferior del útero los pies y la cabeza; y como ésta no se habia encajado en el estrecho superior, dejó deslizar por delante un pié, una mano y el asa de cordon que dejo mencionados. ¡Actitud en verdad difícil para que el parto pudiera tener un buen desenlace, abandonado á los esfuerzos naturales! Esta anómala posicion no fué conocida del profesor encargado del parto, y dejó pasar un dia, despues de rota la bolsa amniótica, malogrando el tiempo, que de tanto valor era, y que debia aprovechar para simplificarla. Así que la matriz se cansó inútilmente repitiendo sus esfuerzos, y

sobrevino el tétanos ó contraccion permanente de su tejido, que hizo imposible la introduccion de la mano para terminar el parto por los pies, ó para reducir éste y la mano, fijar la cabeza y aplicar el fórceps, que eran los dos caminos que se ofrecian á nuestra mente para salir de tal conflicto. Para desventura de la parturiente, el tétanos se hizo invencible; nada bastó para relajar la matriz: ni la sangría, ni el baño, ni los enemas con láudano, ni las inhalaciones del cloroforno. En mis diversas tentativas logré asir el pié; pero sin poder hacerle descender ni repeler la cabeza: no quedaba más recurso hábil que la embriotomía, y esta operacion tampoco podia intentarse sin que la matriz se relajase algun tanto para enganchar el cuello ó el tronco del feto, y ponerle accesible al instrumento que habia de hacer su seccion. Pero ya he manifestado, al describir este hecho, que su estado ya deplorable se fué agravando, y no permitió apelar á ese extremo recurso.

La cuarta se refiere á un parto de vértice en una primeriza, en cuyo curso se empleó el centeno corniculado; y aunque el espasmo que produjo en la matriz pudo modificarse con una sangría y un baño hasta el punto de permitir la espulsion del feto, fué todavía bastante para retener la placenta. A las dos horas fuí llamado para hacer su extraccion, y la hice pudiendo vencer la resistencia que ofrecia el tejido de la matriz contraido. A los cuatro dias apareció una

fiebre accesional, que yo no traté porque no seguí encargado de la puérpera, y que continuó hasta el día diez y siete, en que sucumbió. Cuando estaba la fiebre bastante adelantada, fui llamado nuevamente á consulta, y la consideré sintomática de flebitis uterina.

Este desgraciado éxito, que interpretándole algunos, segun la lógica del vulgo, le atribuirán á la introduccion de la mano para estraer la placenta, tiene más óbvia y lógica esplicacion en las condiciones del parto, que fué bastante prolongado y penoso; y en la administracion del centeno corniculado, que produjo espasmo tónico en la matriz, y un estado congestivo que la predispuso al desenvolvimiento de la inflamacion.

La observacion siguiente es otra estraccion de placenta, que permanecia adherida parcialmente dos horas despues del parto, dando lugar á una hemorrágia bastante grave. Al inmediato día se presentó una fiebre puerperal, que entonces reinaba epidémicamente, y que tomó con rapidez la forma atáxica, arrebatando la vida de la puérpera al quinto día. Enfermedad desoladora que se desenvuelve á veces despues de los partos más felices, sin que haya causa que la explique, ni localizacion que dé razon de sus numerosos y variados síntomas; que adquiere el carácter epidémico en los grandes establecimientos de maternidad, aun en los construidos y arreglados segun los preceptos de la higiene, y á veces en la práctica civil, aunque con menos

frecuencia ; que altera profundamente la sangre y descompone de tal manera el sistema nervioso, que con razon se ha llamado tifo de las puérperas; que acarrea la muerte de la mayor parte de las invadidas , siendo en lo general impotentes los esfuerzos de la terapéutica. Esta terrible enfermedad fué la que acometió á dicha puérpera y que en breves dias adquirió forma grave, y presentó un conjunto de síntomas muy alarmante, segun ya hemos indicado. La terapéutica fué ineficáz : ni la ipecacuana administrada á pequeñas y repetidas dósis, ni el sulfato de quinina pudieron modificar la fiebre, ni evitar un funesto desenlace.

El último hecho, aunque no constituye ningun caso de distocia, es tan curioso y tan pocas veces observado , y tiene, por otra parte , tan íntimas relaciones con el parto, que no he querido omitirle. Consiste en un tumor hemático de la vagina y vulva , formado poco tiempo despues del parto, y que se abrió espontáneamente con buen resultado ; no habiendo necesitado otro auxilio que unos fomentos resolutivos antes de abrirse, y despues curas sencillas con planchuelas de cerato. Este tumor tuvo, á no dudarlo, su origen en alguno de los vasos de las paredes de la vagina, roto por compresion al atravesar la cabeza del feto la escavacion de la pélvis, y cuya rotura ocasionó una hemorrágia considerable y derrame con infiltracion sanguínea en el tejido celular submucoso de la vagina y subcutáneo de la

vulva. La misma sangre detenida y coagulada obtura los vasos rotos y detiene la hemorragia. Por lo tanto, sería intempestivo, y aun nocivo, dar inmediatamente salida á favor del bisturí á la sangre derramada. Preferible es esperar la reabsorcion ó la abertura espontánea, debiendo decidirse el profesor á dilatar el tumor únicamente en el caso de sobrevenir inflamacion evidente, con el objeto de evitar grandes supuraciones y la formacion de vastos focos.

AÑO 1859.

Observacion 1.^a—Parto de vértice, lento en una primeriza.—Inercia de la matriz.—Aplicacion del fórceps con buen resultado.

Una señora de edad de 30 años, natural de Getafe, primeriza, hacía sesenta horas que estaba de parto, y creyendo ya imposible su terminacion espontánea, fui convocado á consulta. Era un parto lento por rotura anticipada de la bolsa de las aguas; la presentacion de vértice, posicion desconocida, porque estaba ya entrando dicha region en el estrecho inferior. Segun me informaron los profesores del pueblo, hacía doce horas que el parto nada adelantaba á pesar de haber sangrado á la parturiente, de haberle dado un baño templado, y últimamente, cuando los dolores se habian suspendido del todo, dos ó tres dosis de centeno de cornezuelo. Yo la encontré con inercia, sin ninguna contraccion de la matriz, retencion grande de orina y el vértice en el estrecho inferior: el estado general bueno, sin ninguna reaccion febril. No creí prudente demorar más el parto, y le terminé con el fórceps, haciendo la estraccion con

facilidad. El feto estaba muerto y la madre quedó en buen estado, no habiendo tenido novedad en el puerperio.

Observacion 2.^a—Parto de vértice.—Estrechez uterina y vaginal por cicatrices.—Aplicacion del fórceps despues de varios desbridamientos.—Estraccion de un feto muerto.—Restablecimiento de la madre.

Una señora de 32 años, que habia tenido otros dos partos laboriosos en los que habia sufrido la aplicacion del fórceps, conservaba cicatrices en el cuello uterino y en la entrada de la vagina, que habian estrechado notablemente ambos orificios. Llegó el término de su tercer embarazo y se presentaron dolores de parto, pero muy leves: pasó así tres dias con alguna humedad en las partes genitales y algo de fluido amniótico, que indicaba la rotura anticipada de la bolsa. Al cuarto dia los dolores se hicieron más fuertes; tenian el carácter decidido de preparantes, pero sin dilatarse nada el cuello uterino. Al quinto, continuaban los dolores y sin aumentar de proporciones la abertura del cuello: me convencí de que era imposible la dilatacion por los solos esfuerzos de la matriz, y desbridé el cuello uterino haciendo pequeñas incisiones con un bisturí cóncavo de Cooper. El cuello se dilató con las contracciones uterinas hasta unas dos pulgadas, y fué descendiendo lentamente el vértice colocado en primera posicion. Al sexto, los dolores eran francamente espulsivos, repetidos con frecuencia, é hicieron bajar el vértice hasta el estrecho inferior, quedando apoyado sobre el anillo de tejido inodular que existia á la entrada de la vagina. Hice entonces dos incisiones laterales en dicho anillo, dejando practicable la abertura para dar paso al feto. Creí que las contracciones de la matriz bastasen para

la espulsion de la cabeza; pero trascurrieron seis horas sin haber adelantado una línea. La parturiente estaba en una situacion muy angustiosa: sentia vivísimo escozor en las partes genitales; sensacion continúa de tenesmo, algo de fiebre; y viendo la inutilidad de sus esfuerzos apliqué el fórceps. En el momento de terminar la extraccion de la cabeza, no se pudo evitar la rasgadura del periné, quedando íntegros el esfínter del ano y el tabique recto-vaginal.

Durante tan largo y penoso parto se empleó una sangría, además de cuatro baños generales, vahos emolientes, unturas con pomada de belladona, y en las últimas horas una dosis de diez granos de centeno corniculado. En el puerperio se presentó una metritis poco graduada que cedió á una aplicacion de sanguijuelas: hubo tambien escaras superficiales en los grandes labios, que fueron desprendiéndose á favor de curas hechas con quina en polvo, agua clorurada y planchuelas impregnadas de cerato de Galeno con bálsamo perubiano. La cicatrizacion se hizo en breve tiempo, encontrándose en la actualidad completamente restablecida.

Observacion 3.^a—Parto de vértice en una primeriza.
—Falta de contracciones en el último período por cansancio de la matriz.—Aplicacion del fórceps en el estrecho inferior con feliz éxito.

Una señora jóven, primeriza, que habia tenido buen embarazo, se hallaba de parto hacia dos dias, cuando fué llamado á consulta. Era un parto lento, que habia empezado por la rotura anticipada de la bolsa de las aguas; el cuello de la matriz se habia dilatado con mucha dificultad, y el vértice del feto habia bajado á

la escavacion en primera posicion. Ya se le habia hecho una sangría y se le habia dado un baño. Creí que el parto podria verificarse espontáneamente, y aconsejé que se repitiese el baño dos veces y que fuese de larga duracion. Hubo dolores espulsivos fuertes, con los que la cabeza bajó al estrecho inferior; pero la matriz estaba ya fatigada y las contracciones eran poco enérgicas. Dispuse una nueva sangría, porque habia reaccion febril intensa y gran sed; repitieron algunos dolores, sin que el parto adelantase, y en tal situacion decidí hacer aplicacion del fórceps, con el que extraje un niño vivo y bien desarrollado. La espulsion de la placenta se efectuó espontáneamente y el puerperio fué natural.

**Observacion 4.^a—Parto de vértice en una primeri-
za.—Posicion occípito-posterior izquierda.—Pélvis de
muy escasa capacidad.—Cefalotomía.—Estraccion con
el fórceps.—Muerte al quinto dia de metropéritonitis
puerperal.**

Una jóven de edad de 46 años, linfática, de consti-
tucion débil, llegó al término de su embarazo y se
declararon dolores de parto.

La bolsa se rompió espontáneamente sin estar bien
dilatado el cuello: pasó de esta manera tres dias, y en
el tercero el profesor que la asistia la sangró, le dió
centeno corniculado, le puso una cuña de esponja pre-
parada al cuello uterino, y por último hizo dos tenta-
tivas de fórceps para la estraccion de la cabeza que
se hallaba en el estrecho superior. Poco despues de
haber intentado dicha operacion, fuí llamado á consulta.
Estaba el sistema nervioso en estado de colapso, el
semblante descompuesto, la matriz rigida y sin aguas,
las partes genitales muy sensibles. La pélvis era muy

estrecha: la cabeza del feto se encontraba apoyada sobre el estrecho superior en posicion fronto-cotiloidea derecha, con un gran trombus dividido por un surco que simulaba al rafe. En tal situacion aconsejé que se la dejára descansar unas cuatro horas, dándole un baño, y si entraba en reaccion se hiciese una pequeña sangría. Se efectuó lo que estaba prevenido y se desenvolvió reaccion, pero no franca: habia grande agitacion y empezaba á perturbarse la inteligencia. Se le administraron los auxilios espirituales, y despues intenté dos veces aplicar el fórceps, sin resultado, porque no me fué posible articularle. Iba á proceder á la cefalotomia, pero tuve que desistir, porque la parturiente no se prestó á pesar de nuestros ruegos. A la mañana siguiente se resignó y se sometió con docilidad á nuestros consejos. Habrian trascurrido unas cinco horas desde la última tentativa, y quise probar otra vez fortuna con el fórceps y despues el cefalotribo, pero sin éxito. En seguida cojí el perforador de Mr. Blot y procedí á vaciar la masa cerebral; lo logré en efecto, penetrando por la fontanela posterior, que era la más accesible. Deshice el cerebro, y salió en fragmentos con inyecciones de agua templada. Apliqué á continuacion el fórceps y pude articularle y traer la cabeza hasta la vulva. Estraje entonces los parietales y el coronal, que amenazaban rasgar con sus bordes las partes genitales, y despues empecé á hacer tracciones sobre el cuello. No tardé en conocer que habia para el descenso de los hombros iguales dificultades que para la cabeza; tuve que aplicar un lazo al cuello, y dirijiendo las tracciones en el sentido del eje del estrecho superior, logré que bajasen y sucesivamente el resto del tronco. Esperé una media hora el desprendimiento de la placenta, y observando que no se efectuaba, tuve que introducir la mano y

desprenderla. Quedó sumamente abatida, con el pulso muy concentrado y alguna lipotimia; la reaccion fué tumultuosa, y al siguiente dia se manifestaron síntomas evidentes de metroperitonitis y escaras profundas en las partes genitales, sucumbiendo al quinto dia. Se emplearon dos aplicaciones de sanguijuelas, fricciones de unguento mercurial al abdomen y omento de carnero despues; pero todo fué inútil, por la alta gravedad que adquirió el padecimiento en tan corto tiempo.

Observacion 5.^a—Parto de vértice.—Insercion probable de la placenta en las inmediaciones del cuello uterino.—Metrorragia grave.—Terminacion espontánea.

Una señora de edad de 42 años, que habia tenido ocho partos naturales, se hizo embarazada nuevamente, y á los seis meses de la gestacion tuvo una metrorragia espontánea, que repitió un mes antes del parto. La última apareció ocho dias antes de este, y siendo de más consideracion que las anteriores, obligó á dicha señora á hacer cama. Al efectuar un movimiento, rompió la bolsa y empezó á echar aguas, sin que apareciese ninguna contraccion uterina. Al cabo de unas doce horas apareció un flujo de sangre abundante, se hizo taponamiento y se detuvo. A las diez y seis horas nueva metrorragia, estraje el tapon y apliqué otro nuevo; siguió saliendo fluido amniótico, sin presentarse dolores de parto. Unas treinta horas despues quité el tapon, la metrorragia estaba detenida; el cuello de la matriz sin dilatacion. A las sesenta horas de haberse roto la bolsa de las aguas, se presentaron contracciones uterinas, aunque débiles, y en breve tiempo se verificó la espulsion del feto en presentacion de vértice, llevando por delante el pequeño tapon que se habia aplicado preventiva-

mente. El feto nació muerto, sin que su muerte pudiera explicarse por la pérdida de sangre, que no fué considerable. Despues del parto se presentó depresion del sistema nervioso, que obligó á darle cucharadas de vino y caldos frecuentes. El puerperio fué natural.

Observacion 6.^a—Parto en presentacion de hombro. —Metrorrágia grave.—Espasmo de la matriz.—Imposibilidad de hacer la version.—Embriulecia.

Una señora de edad de 54 años, de temperamento linfático-nervioso, primeriza, llegó al término de su embarazo, y al empezar el parto se la presentó á las cuatro de la tarde una metrorrágia que continuó hasta la mañana siguiente, en que fuí llamado á consulta y le hice taponamiento. La hemorrágia quedó cohibida y tuvo el tapon hasta las diez de la noche, hora en que se estrajo, habiendo en ese momento una dilatacion de una pulgada, sin que pudiera apreciar la presentacion. A poco tiempo se rompió la bolsa amniótica, y se suspendió completamente el parto por unas treinta y seis horas. Empezaron despues las contracciones de la matriz, pero espasmódicas, y se encajó en el orificio un hombro; lentamente fué descendiendo el brazo doblado y se tocaba con claridad el codo; el cuello de la matriz todavia poco dilatado para permitir la version. Se le dió un baño general, mistura antiespasmódica y pomada de belladona; seguia el espasmo de la matriz, pero á pesar de tan desfavorables circunstancias intenté la version sin resultado. Se la sangró, se repitió el baño prolongado, se usó la pomada de atropina y todo inútilmente, porque el espasmo de la matriz era cada vez mayor. Habia entonces ya fiebre, meteorismo y desórden de la inteligencia. El feto se hallaba muerto y en estado

de descomposicion , como podia inferirse de la fetidez de las aguas que fluian por la vagina. Concurrió á consulta el Excmo. Sr. Marqués de San Gregorio, y se persuadió de la gravedad de la situacion y de la dificultad de dominarla. Acordamos que se hicieran inyecciones y se continuasen los auxilios que estaban empleándose, á ver si el espasmo tónico del útero cedia para permitir los medios operatorios. Al cabo de veinticuatro horas, y viendo que el espasmo subsistia, intenté de nuevo la version; pero me fué imposible llegar al útero, en razon de que el hombro y el pecho habian descendido y ocupaban la escavacion. Entonces, íntimamente convencido de que el feto se hallaba muerto y de los sérios peligros que amenazaban la vida de la madre, me decidí á practicar la embriulcia ó evisceracion, auxiliado del Excmo. Sr. Marqués de San Gregorio y del digno profesor de partos D. Luis Portilla. Abrí la cavidad torácica, cortando las costillas y estrayendo las vísceras; hice lo mismo despues con la cavidad abdominal que acerqué á la vulva, haciendo tracciones con los dedos colocados á manera de ganchos en los espacios intercostales que aun se conservaban íntegros; y por último, enganchando una axila pude hacer descender la cabeza, deslizándose á continuacion las nalgas y estremidades inferiores. Estraje, despues de una breve trégua, la placenta que se encontraba inserta en el fondo de la matriz, y pude observar despues de estraida que una mitad habia estado desprendida desde el principio del parto, distinguiéndose de la otra por su aspecto marchito y su color negruzco. En los primeros dias de puerperio hubo síntomas de metritis, pero se dominaron con una aplicacion de sanguijuelas y unturas mercuriales. Se presentaron tambien escaras superficiales en el tabique recto-vaginal,

pero se desprendieron á favor de la quina en polvo y empezaron las úlceras á cicatrizar; pudiendo considerar á la púérpera en convalecencia, pues ya se alimentaba hacia algunos días y se sentaba en la cama. Su mala ventura hizo que una mañana, estando sentada para deponer, le diesen imprudentemente la noticia de que una hermana que tenia en Andalucía habia venido á Madrid y deseaba verla. La púérpera tenia razones muy respetables para temer la presencia de una hermana que en otra ocasion habia intentado asesinarla. Fué tan violenta la impresion que recibió con tal noticia, que no hizo más que torcer la cabeza y quedarse muerta en los brazos de su marido al día trece de puerperio.

Observacion 7.^a—Parto en presentacion de nalgas.—Pélvis estrecha.—Ineficácia de los esfuerzos naturales.—Estraccion á los cinco dias.—Metroperitonitis puerperal, que produjo la muerte al sexto dia.

A una señora, de edad de 24 años, natural de Avila, de buena constitucion, primeriza y de pélvis estrecha, se la presentó el parto el sábado por la tarde estando en paseo, y á los primeros dolores se rompió la bolsa de las aguas. El parto continuó lentamente, verificándose poco á poco la dilatacion del cuello uterino, hasta el lunes á medio dia, en que pudieron los cirujanos de Avila reconocer la presentacion. Era ésta de nalgas, posicion sacro-iliaca izquierda posterior. Hubo en este dia dolores espulsivos fuertes, que hicieron descender la pélvis del feto á la parte inferior de la escavacion; pero á pesar de que fueron repetidos y violentos, no pasó de este límite. Sobrevino fiebre, sed intensa, algun desorden en la inteligencia; en cuyo estado le practicaron

dos sangrías, le dieron baños de asiento emolientes, é intentaron los cirujanos encargados de la asistencia del parto la estraccion, procurando enganchar una íngle con una ballena cubierta de un vendote. No lo consiguieron, y permaneció así hasta el jueves por la mañana, en que me llamaron á consulta. Tenia fiebre alta, sed, lengua encendida, gran retencion de orina, hinchadas las partes genitales, y tocando al estrecho inferior las nalgas del feto en la posicion indicada. Se la sangró y se intentó el cateterismo, sin poder sondar, porque no alcanzaba á la vejiga la algalia de mujer. Atendiendo al grave estado de la parturiente y á los muchos dias que llevaba de parto, acordé hacer la estraccion lo más pronto posible; no sin anunciar antes que el feto estaba muerto, y que la madre, aun salvando las dificultades que la operacion ofrecia, tendria un puerperio borrascoso, cuyo éxito podria ser funesto. Hechas estas prevenciones, colocada la parturiente en la actitud de costumbre, con las nalgas apoyadas en el borde de la cama, la espalda sostenida con almohadas y las estremidades inferiores en flexion y fijas sobre dos sillas; auxiliado de mi ayudante y de los cirujanos de la ciudad, procedí á ejecutarla, despues de haberla reconocido con detencion y ratificado la posicion ya indicada. No me engañaron mis presentimientos: el feto habia bajado á la escavacion en virtud de grandes y enérgicos esfuerzos de la matriz, avanzando á duras penas por una escavacion reducida hasta tocar en el estrecho inferior, donde se detuvo, y puede decirse con razon que quedó enclavado; y si alguna vez la palabra *enclavamiento* tiene verdadera y propia significacion en Tocologia, era en el caso presente, en el que la pélvis del feto habia entrado en la de la madre como el tapon de una botella de cerveza. Así me espresé en aquel momento; y no

tuve palabras para manifestar de otro modo más preciso lo herméticamente que la pélvis del feto ocupaba la escavacion de la de la madre. La mano no encontraba espacio para alcanzar una íngle y engancharla, porque las estremidades estaban completamente estendidas y colocadas sobre el plano anterior del feto. Tuve, pues, que valerme de un gancho y enfilarle poco á poco hasta llegar á la region inguinal más accesible, que era la anterior. Enganchada de esta manera, pude hacerla descender, y entonces dejé dicho instrumento, empleando las manos, con las que obré sobre las dos regiones inguinales acercándolas á la vulva. Saqué las estremidades, una despues de otra; y á pesar de hacer tracciones bien dirigidas, fué bajando dificilmente el tronco, y los hombros se detuvieron en el estrecho superior, siéndome preciso desprenderlos de él sucesivamente. Por último, la cabeza quedó detenida en el mismo punto, y tuve que enganchar el menton con dos dedos para hacerla atravesar ambos estrechos. No hubo metrorragia: esperé cerca de una hora la salida de la placenta; y viendo que no se efectuaba, la estraje. La fiebre remitió y sudó copiosamente dos dias, en términos que llegué á fundar esperanzas de poder salvarla; pero al tercero se desenvolvió una metroperitonitis agudísima, que terminó funestamente el sexto dia.

Observacion 8.^a—Parto en presentacion de hombro izquierdo.— Posicion céfalo-iliaca derecha.— Version podálica.

A principios de julio fui llamado á Villaverde para terminar un parto, que se habia presentado la tarde anterior. Era una mujer jóven, primeriza: habia roto la bolsa de las aguas á las dos de la mañana, y sentido

dolores de parto bastante vivos. La presentacion y posicion eran las indicadas en el epígrafe de este hecho; el cuello uterino estaba incompletamente dilatado, y el estado general sin alteracion alguna. Hice una tentativa de version cefálica, sin conseguirlo; la dejé descansar una hora, y en tanto tomó un baño general de 27°, á fin de que se dilatase del todo el cuello uterino. En seguida hice la version podálica sin dificultad: el feto estaba muerto, y la madre quedó en buen estado, habiendo salido la placenta espontáneamente. El puerperio fué natural.

Observacion 9.^a—Aborto de unos tres meses.—Gran metrorrágia.—Estraccion de la placenta.—Pronto restablecimiento.

Una señora se hallaba embarazada de unos tres meses, cuando empezó á sentirse manchada de sangre: se le presentaron despues fuertes dolores en la region supra-pubiana y gran metrorrágia, que hizo necesaria la aplicacion de nieve y el uso interno de astringentes, segun me informaron. La hemorrágia se detenia; pero volvia á repetirse, y el estado general era grave: pulso muy concentrado, piel fria, palidez, lipotimias casi continuas y grande abatimiento. Reconocí el cuello de la matriz y le encontré algo dilatado, y entre sus lábios un cuerpo de mediana consistencia, que me pareció la placenta. Decidí su estraccion, y la efectué, sacándola en dos ó tres fragmentos. Al instante se contrajo la matriz, y cesaron los dolores y la hemorrágia, sin que se presentase ningun otro accidente.

**Observacion 10.^a—Parto de vértice espontáneo.—
Retencion de la placenta por adherencias y espasmo.—
Estraccion con buen resultado.**

Una señora habia tenido ya otro parto, en el que las secundinas tardaron dos horas en ser espelidas. El segundo, á que actualmente nos referimos, fué natural y bastante rápido, pues solo duró tres horas. La placenta, sin embargo, no se desprendió; la matriz se contrajo, y no habiendo metrorragia, se la colocó en cama. El profesor que la asistia, le prescribió mistura antiespasmódica á cucharadas, y pomada de belladona en untura al cuello uterino. Habia pasado de este modo desde las nueve de la mañana hasta las dos, hora en que dicho profesor hizo una tentativa de estraccion, sin poder realizar sus deseos. Fuí llamado en consulta con otros tres profesores á las cinco de la tarde: la púerpera estaba febril, la matriz contraida en totalidad, y no habia hemorragia. Formé mi juicio y le manifesté, considerando que las causas que retenian la placenta dentro del útero, eran adherencias preternaturales y espasmo. Con no escasas dificultades pude introducir la mano dentro del útero y desprender cotiledon por cotiledon, logrando extraerla en totalidad. El puerperio fué bueno y la operacion no tuvo ninguna grave consecuencia.

**Observacion 11.^a—Parto natural.—Metrorragia grave
antes de la espulsion de la placenta.—Estraccion á las
cuatro horas.**

Una señora, que habia tenido ya otros partos y metrorragia consecutiva antes de la salida de la placenta, acababa de dar á luz un hermoso niño, cuando al poco tiempo llegó á sentir lipotimias y á perder sangre en bastante cantidad. Fuí llamado en consulta, y la en-

contré en la situacion más lamentable, con todos los síntomas que corresponden á las grandes pérdidas de sangre: estremada palidez, cara descompuesta, notable inquietud, frialdad de la piel, sudores frios y pulso casi imperceptible. En tal estado, no me atreví á extraer la placenta, temiendo un síncope; y le mandé aplicar nieve al hipogástrio, sinapismos á los brazos, y darle caldo con unas gotas de vino. Cada vez se iban agravando más los indicados síntomas, y decidí, aunque era ciertamente arriesgado, extraer la placenta. Tuve que desprender parte de ella, y esperar las contracciones de la matriz antes de sacar la mano. Conseguido mi objeto, se la colocó en cama limpia, se la abrigó, administrándole cada hora unas cucharadas de caldo con vino, y alternando, de mistura antiespasmódica. Aunque con lentitud, se estableció la reaccion, no habiendo despues aparecido ningun otro accidente, y quedando solo anemia consecutiva.

REFLEXIONES.

Empieza la reseña clínica de este año con un parto de vértice en una primeriza, que fué lento en su período de dilatacion por la rotura anticipada de la bolsa de las aguas, y que en el espulsivo se suspendieron los dolores por inercia; sin que bastase á despertar la accion de la matriz el centeno corniculado, por cuya razon recurri al fórceps para hacer la extraccion; y aunque era ya tarde para salvar la vida del feto, fué oportunamente hecha para evitar graves compromisos á la parturiente. Este hecho viene en

corroboracion de lo que dejamos dicho con motivo de otros casos análogos: los grandes servicios que el fórceps presta en circunstancias en que parece haberse agotado la fuerza de la matriz, y no hay medio hábil de reanimarla.

En el segundo se trata de una señora que habia tenido ya dos partos laboriosos por desproporcion de dimensiones entre los diámetros de los fetos y los de la pélvis, habiendo sido impotente la matriz para su espulsion espontánea, y exijido las dos veces la aplicacion del fórceps para su terminacion. Por tercera se presentaba el parto, y no era de esperar que fuese más fácil ni de resultado más lisonjero que los anteriores, por haber quedado cicatrices en el cuello y vagina, que estrechaban considerablemente sus orificios, y debian ofrecer por necesidad un obstáculo mecánico invencible para los solos esfuerzos de la matriz. El tejido inodular, que constituia dichas cicatrices, consecutivas á las escaras que la compresion del feto habia producido en los referidos partos, era duro y resistente; sin ceder nada, ni adquirir blandura y flexibilidad para prestarse á la dilatacion, como lo hacen los tejidos normales, especialmente en el acto del parto, cuando reciben el riego casi continuo del fluido amniótico y de los limos. Así que, fué preciso desbridarle primero en el cuello uterino y luego en la vagina, cortando con el bisturi cóncavo de Cooper los fuertes anillos que estrechaban las aberturas naturales y se oponian

á la salida del feto. Pero no era este el único obstáculo mecánico que impedía la terminacion del parto: era la reducida cavidad de la pélvis, y en particular del estrecho inferior, que no hacia compatibles sus diámetros con los de la cabeza del feto; y por esta razon fueron ineficaces los esfuerzos de la matriz, aun despues de haber abierto una vía practicable en las partes blandas á favor del bisturi. Se hizo, como en otras ocasiones, indispensable el fórceps, sin cuyo auxilio, el parto hubiese sido imposible. Si el cuello de la matriz y la vagina no hubieran ofrecido la alteracion de que ya hemos hablado, lo más óbvio y lo más científicamente indicado era haber provocado á fines del sétimo ú octavo mes el parto prematuro; y si por desgracia llegase á concebir otra vez dicha señora, no vacilaré en aconsejarlo oportunamente; pues no comprendo que de otro modo puedan ponerse en armonía las dimensiones del feto con las de la pélvis, evitando el funesto desenlace que han tenido los anteriores partos. Nada me permito decir de otros medios destinados á reducir el volúmen del feto; porque estoy íntimamente convencido de que es infructuoso cuanto se acostumbra á hacer para disminuir su nutricion, reduciendo ó modificando la alimentacion de la madre.

El caso que queda descrito en la tercera observacion es otro parto de vértice en una primeriza, de curso lento por haberse abierto

prematuramente la bolsa amniótica: los dolores espulsivos fueron fuertes; pero insuficientes para la completa salida del feto. Llegó la cabeza al estrecho inferior; y á pesar de los auxilios que se habian prestado á la parturiente por dos profesores antes que yo la viese, no habia podido pasar de ese límite. Faltaron las contracciones uterinas, y habia ya fiebre y grande agitacion, que hacian temer graves consecuencias si pronto no se terminaba el parto, por lo que me resolví á aplicar el fórceps; y lo hice con tan buen éxito, que el feto nació vivo, y la madre tuvo un puerperio natural. Este hecho puede servirnos de ejemplo, para comprender lo mucho que interviene en el resultado de las operaciones tocológicas la *oportunidad* con que se ejecutan.

La cuarta observacion es un parto de vértice, que se presentó en una jóven primeriza en condiciones sumamente desfavorables: contracciones uterinas débiles, posicion fronto-cotiloidea derecha, y pélvis, aunque de buena forma, de muy reducidas dimensiones. Nada adelantó el parto, á pesar de cuatro dias de esfuerzos malogrados, ni con los medios terapéuticos que se emplearon sin discernimiento ni oportunidad, como sangría, baño y centeno corniculado; recursos que no podian tener ningun valor en el presente caso, porque el obstáculo no era dinámico, sino principalmente mecánico. Se probó, tambien sin resultado, la aplicacion del fórceps, porque á la altura que se encontraba el vértice y en posicion

diagonal, era muy difícil aplicarle bien y articularle; y aun en el caso de lograrlo, el volúmen de la cabeza escedia en dimensiones á los diámetros del estrecho superior, que con dificultad tendria tres pulgadas en la direccion del sacropubiano. Así se perdieron cuatro dias en estériles tentativas, que no hicieron más que agravar la situacion de la parturiente, descomponiendo su sistema nervioso, y disponiendo el aparato uterino á las inflamaciones, que tan frecuentes son en el puerperio. Si desde el principio se hubiese estudiado y conocido la verdadera causa que impedia el parto, con más acierto y provecho de la parturiente se hubiesen dirigido los medios operatorios; se hubiera comprendido que con tan estrecha pélvis no era posible el parto, sin reducir el volúmen de la cabeza. Esta indicacion se satisfizo al fin, practicando la cefalotomía; pero cuando ya estaban agotadas las fuerzas de la parturiente, y no habia motivos sino para esperar gravísimas consecuencias. En efecto: la metroperitonitis, que tantas víctimas hace despues de los partos laboriosos, no tardó en arrebatár la vida de la desdichada que habia sufrido tan duras pruebas.

El quinto hecho que he espuesto, es un parto en el que se manifestaron indicios probables de insercion de la placenta en las inmediaciones del cuello del útero. A los seis meses del embarazo se presentó una metrorragia espontánea, que se reprodujo un mes antes del parto, otra ocho

días, y varias veces en el momento de empezar á verificarse dicha funcion. Estas hemorragias espontáneas en la última época de la gestacion, cuando la matriz se dilata principalmente á espensas de su segmento inferior, y en el acto del parto cuando se abre el cuello, anuncian al Tocólogo desprendimientos parciales de la placenta y flujos de sangre consecutivos por rotura de algunos vasos. No se pudo comprobar con el reconocimiento, pues no se tocó ningun borde de la placenta en el cuello de la matriz; pero esto no obsta para que ocupára, si no el mismo cuello, algun punto contíguo, siendo idéntico el resultado. Es de notar el servicio que prestó y presta siempre en casos análogos el taponamiento; es sin disputa el medio más eficaz para detener la hemorrágia hasta que el cuello se dilate, y se ponga en disposicion de permitir la terminacion del parto. Circunstancia es tambien digna de singular mencion la de haberse roto la bolsa amniótica y aparecido la metrorrágia despues, sin presentarse dolores de parto hasta las sesenta horas de dicho accidente, á pesar de la escitacion producida por el contacto del tapon. Inerte debia estar el tejido uterino, y no recobró su fuerza contractil hasta que se acortaron considerablemente sus fibras á consecuencia de la salida del fluido amniótico. La muerte del feto no se esplica sino por el trastorno que debió determinar en el aparato nervioso de la madre la hemorrágia, pues las pérdidas de

sangre fueron escasas, para crearla resultado de anemia.

La sexta observacion constituye uno de los casos más curiosos de distocia por las circunstancias que le acompañaron y el desgraciado fin que tuvo la operada, despues de la eficaz intervencion del arte para salvarla de los graves compromisos que le ocasionó el parto. Sus condiciones orgánicas eran poco ventajosas y su edad adelantada para primeriza, pues tenia ya 34 años, y era de una sensibilidad exagerada. Por desdicha suya, se combinaron para su daño una multitud de circunstancias que no podian menos de hacer artificial el parto: hubo rotura de la bolsa amniótica antes de empezar las contracciones uterinas; metrorrágia por desprendimiento parcial de la placenta, que se comprobó despues de su espulsion; espasmo de la matriz y dilatacion lenta de su cuello, y por último, presentacion de hombro. No se puede idear una situacion más lamentable; parece que su mala suerte habia reunido cuanto sirviera para impossibilitar el parto, ofreciéndola muchos y graves peligros. Esta crítica situacion no pudo conjurarse con los medios terapéuticos que fueron empleándose sucesivamente, á medida que iban presentándose las indicaciones: taponamiento primero, sangría despues, baño, pomada de atropina, y tentativas aunque estériles de version podálica. El estado de la parturiente era gravísimo: su sistema nervioso se habia des-

ordenado; el feto estaba muerto, y no se ofrecia á nuestra mente más medio de salvacion que la embriulcia ó evisceracion. La practiqué en efecto, y las consecuencias no fueron de mucha importancia; pues aunque aparecieron síntomas de metroperitonitis, no fué de grandes proporciones, y pudo dominarse con una aplicacion de sanguijuelas y fricciones mercuriales. La puérpera estaba ya en convalecencia, alimentándose algunos dias, cuando una apoplejía producida por una impresion moral violenta dió fin á su vida en breves instantes. Su muerte estaba, pues, decretada en los altos designios de la Providencia, y con un soplo deshizo nuestra obra. Tantos dias de lucha, tantos esfuerzos, tan repetidos y esmerados cuidados, tanta y esquisita diligencia, tan incesante y poderosa intervencion del arte, ¿de qué sirvieron contra el inexorable fallo del que en su eterno cronómetro tiene medidos nuestros dias de vida? Confesemos nuestra debilidad, y sirvanos de consuelo en tales casos la satisfaccion de nuestra conciencia: ella nos tranquiliza con el dulce placer de haber cumplido nuestros deberes, así humanitarios como científicos.

La sétima observacion se refiere á un parto de nalgas, posicion sacro-posterior izquierda, ocurrido en una primeriza que tenia la pélvis tan estrecha que fué imposible la espulsion espontánea del feto, á pesar de los auxilios que la prestaron los cirujanos de Avila, donde resi-

dia. Cinco dias llevaba de parto, cuando fui llamado para operarla, y la encontré en el estado más deplorable, debido á la permanencia del tronco del feto en la escavacion de la pélvis: retencion de orina, hinchazon edematosa de las partes genitales, fiebre alta y hasta desórden de la inteligencia. Practiqué la estraccion, encontrando dificultad para el paso de los hombros, así como de la cabeza, y tuve que hacer despues el desprendimiento de la placenta. Por el momento quedaba resuelto el problema cientificamente: el parto se habia terminado por el arte y de un modo al parecer satisfactorio: la ciencia quedaba colocada en el digno lugar que le corresponde, venciendo las dificultades que ofrecia la naturaleza. Podia felicitar-me de haber concurrido á auxiliar á mis comprofesores, y á prestarles la humilde cooperacion de mi inteligencia y mi buen deseo. Pero aun habia otro problema más dificil que resolver: era el puerperio, que naturalmente habia de estar en relacion con el parto. Sobrevino en efecto lo que se esperaba: á las cuarenta y ocho horas se desarrollaron síntomas de una fuerte metroperitonitis que tuvo funesto desenlace, sin que los consejos de la ciencia y los medios de curacion que se emplearon, impidieran tan desagradable resultado.

El hecho espresado en la octava observacion es un parto en presentacion de hombro izquierdo, posicion céfalo-iliaca derecha, ocurrido en una señora de Villaverde, y para cuya terminacion

fui llamado. Intenté la version cefálica, pero no pude lograr realizarla, porque hacia ya más de seis horas que se habia roto la bolsa amniótica; y es bien notorio que dicha operacion no puede verificarse, sino cuando el feto conserva movilidad y la matriz no ha perdido las aguas del ámnios. Tuve que hacer la version podálica, y aunque fué fácil, el feto estaba ya sin vida: la madre no tuvo novedad durante el puerperio. Este hecho, aunque de poca significacion, nos demuestra lo que importa en las presentaciones de hombro obrar sin pérdida de tiempo para salvar la vida, así de la parturiente como del feto.

La novena observacion consiste en un aborto de tres meses, que fué precedido y acompañado de gran metrorragia, que exijió el uso de los medios más activos para cohibirla; pero que fueron ineficáces, hasta que fui llamado á consulta y estraje la placenta, que estaba interpuesta entre los lábios del cuello uterino, siendo la causa que sostenia la continuacion del flujo. Ya antes he tenido ocasion de manifestar la necesidad de que el profesor reconozca el estado de la matriz, en las grandes hemorragias que acompañan á los abortos; y este hecho viene á confirmar lo importante que es no omitir dicha investigacion.

La observacion décima hace relacion á un parto de vértice espontáneo, de muy corta duracion; pero despues de él la placenta quedó

dentro del útero, retenida por adherencias y espasmo. A pesar de haber empleado el profesor encargado del parto algunos medicamentos anti-espasmódicos para relajar la matriz, no lo consiguió, ni tuvo resultado una tentativa que hizo de estraccion. Ocho horas despues del parto fui convocado á consulta, y todavía la matriz se hallaba en las mismas condiciones, con la circunstancia agravante de estar ya febril la puérpera. Sin embargo, procedí á hacer la estraccion y la efectué, teniendo que desprenderla casi en toda su estension. En el puerperio no se presentó ningun accidente ulterior, á pesar de lo trabajoso que tuvo que ser necesariamente el desprendimiento de la placenta. Otra en verdad hubiera sido la suerte de la puérpera, si la estraccion no se hubiese verificado; pues la placenta no hubiera tardado en sufrir la descomposicion pútrida, presentándose los fenómenos imponentes que acompañan á la existencia de un foco de putridez en cualquier punto del organismo.

La observacion oncena es de un parto de vértice espontáneo en una señora que ya habia tenido, en otros, graves metrorrágias antes de la espulsion de la placenta. En este á que nos referimos se presentó el mismo accidente; pero mucho más graduado, en términos que el profesor que la asistia creyó necesario llamarme á consulta. A pesar de lo alarmante que era su situacion, luego que se rehizo un poco el sistema

nervioso estraje la placenta, y en seguida cesó la hemorrágia, que tantas pérdidas de sangre le habia ocasionado y puesto en estado tan aflictivo. La puérpera quedó algo anémica; pero se restableció completamente. Este hecho y otros análogos que dejamos consignados, deben servirnos de provechosa leccion para no transijir mucho tiempo con las hemorrágias consecutivas al parto, que se verifican antes de la espulsion de la placenta, recurriendo desde luego al medio eficáz y seguro de detenerlas y de conjurar los peligros que en tan críticos momentos amenazan la vida.

AÑO 1860.

Observacion 1.^a—Parto de vértice.— Posicion occipito-cotiloidea izquierda.— Aplicacion del fórceps en la escavacion.— Estraccion de un feto muerto.

Una señora, de edad de 36 años, temperamento nervioso, casada por segunda vez, no habia tenido familia del primer matrimonio. En el segundo se hizo embarazada, y su embarazo fué penoso, pero llegó á término. El martes por la noche se sintió húmeda en la cama, y á la madrugada se le presentaron dolores de parto: la dilatacion del cuello fué lenta, y se presentó el feto de vértice en primera posicion: fué éste descendiendo poco á poco, y el jueves por la tarde llegó á ocupar la escavacion, apoyándose en el estrecho inferior. Por más que repitieron los dolores, no adelantó nada el parto. Al amanecer del viernes se la presentó un gran frio, al que sucedió calentura; y en tal situacion, fuí llamado para operarla. Cuando llegué, la encontré sumamente fatigada por la prolongacion del parto, con calentura alta, gran sed; la matriz conservaba algunas aguas; la vejiga tenia poco más de una copa de orina, que se estrajo á favor de la algalia; las partes genitales muy sensibles.

El vértice estaba colocado encima del estrecho inferior con trombus bastante considerable, y cabalgamiento de los parietales, que indicaba la compresion que aquel sufría. Nada se habia hecho en los tres dias que llevaba de parto mas que la administracion de medicamentos homeopáticos: dispuse una sangría de la mano para desengurjitar la matriz, y despues de haberla practicado, decidí la extraccion con el fórceps, creyendo que el obstáculo que habia impedido la terminacion del parto era mecánico, y consistia en una reduccion notable del estrecho inferior y desproporcion consiguiente con los diámetros de la cabeza del feto. Presumí con fundamento, que éste debia hallarse muerto, porque las aguas salian teñidas de meconio, y habia gases dentro de la matriz. Bauticé condicionalmente la criatura, y en seguida apliqué el fórceps sin dificultad, siendo la extraccion un poco trabajosa por la disminucion de capacidad del estrecho inferior. La placenta salió espontáneamente, y quedó la puérpera bastante tranquila, aunque con el disgusto de que el feto saliera muerto. En el puerperio tuvo reaccion febril por tres ó cuatro dias, y escaras superficiales, que se desprendieron al cabo de tres, segun me informaron; pues yo dejé de verla con motivo de haberse sometido á tratamiento homeopático. Quedaron únicamente á la puérpera dolores en la pélvis y dificultad en los movimientos, logrando despues su completo restablecimiento.

Observacion 2.^a—Parto de vértice. — Rotura de la matriz. — Salida del feto á la cavidad del peritoneo. — Muerte. — Comprobacion de dicho accidente por la autopsia.

Una señora, de edad de 33 años, temperamento linfático, casada, habia tenido dos partos; el penúltimo nece-

sitó una operacion manual para la estraccion del feto: el otro habia sido natural. Encontrándose ahora embarazada de todo tiempo, sintió los primeros dolores de parto el viernes por la mañana: en la noche del mismo dia empezó á dilatarse el cuello uterino, y se reconoció una presentacion de vértice, posicion occípito-cotiloidea izquierda. El sábado por la mañana se rompió la bolsa amniótica; y no adelantando nada el parto, se le hizo una sangría. Por la tarde, el profesor encargado de su asistencia le administró un escrúpulo de centeno corniculado en cuatro dosis. Las contracciones uterinas se activaron considerablemente; pero el parto permaneció estacionado. En la madrugada del domingo se le suspendieron los dolores; sobrevinieron vómitos biliosos, despues negruzcos, metrorrágia, y fué agravándose su situacion hasta la mañana del lunes, en que acordaron los profesores que la habian visto administrarla los Sacramentos. A continuacion me llamaron para oir mi opinion; y serian las siete de la mañana cuando yo la observé, tres dias despues de haberse declarado el parto. La encontré en cama, con la fisonomía descompuesta, pálida, la voz entera, vómitos frecuentes, calor disminuido, pulso imperceptible; el vientre blando, compresible; no habia retencion de orina. La reconocí por la vagina y no alcancé ninguna region del feto: el cuello uterino estaba retraido, flexible, con alguna sangre coagulada en la vagina y grandes manchas en la cama. Con estos datos, obtenidos á favor de la exploracion, y los antecedentes que me proporcionó el profesor de cabecera, manifesté que habia ocurrido un accidente grave, que era el que comprometia de un modo tan inmediato la vida de la parturiente; siendo, en mi opinion, una rotura de la matriz con salida del feto á la cavidad del peritoneo. Apenas habia hecho esta ma-

nifestacion, cuando la paciente sucumbió al hacer un movimiento en la cama: procuré cerciorarme de su muerte, y luego procedí á practicar la operacion cesárea por si el feto conservaba algun resto de vida. Despues que penetré en el peritoneo, ví, así como otros dos cirujanos que estaban presentes, el feto colocado en su cavidad, inmediatamente detrás de las paredes abdominales: su posicion era análoga á la que se presumia haber tenido dentro de la matriz: la cabeza apoyada en la fosa iliaca-izquierda; el plano dorsal hácia dicho lado; el abdominal hácia el derecho; las estremidades en flexion. Le estraje por los pies, y despues la placenta, que se hallaba desprendida y alojada tambien en la cavidad abdominal. Debajo habia grandes coágulos; se limpiaron con una esponja, y apareció entonces la matriz de bastante volúmen, en términos, que su fondo subia por encima del anillo umbilical, y tenia grande espesor. En la parte que correspondia á la region supra-pubiana se veia una rasgadura de unas tres pulgadas en la direccion de la línea media, de bordes franjeados, desiguales, rasgados en forma de visel, negruzcos, que comprendia la porcion supra-vaginal del cuello uterino y parte del cuerpo del mismo órgano. Introduce los dedos por la rasgadura, y pude conocer que la pared posterior estaba íntegra. El notable espesor de la matriz y su volúmen indicaban la inflamacion que habia sucedido á la rasgadura, y que tal vez tambien la habia precedido.

Observacion 3.^a—Parto en presentacion de vértice. —Suspension de las contracciones uterinas al tercer dia.—Estado nervioso grave.—Muerte del feto.—Aplicacion del fórceps para su terminacion.

Una señora, de edad de 35 años, temperamento linfático-nervioso, primeriza, se hallaba con dolores de

parto desde el sábado 12 de octubre por la tarde. Fué verificándose con mucha lentitud la dilatacion del cuello hasta el lunes por la mañana, en cuya época se rompió la bolsa de las aguas. La presentacion era de vértice, la posicion desconocida, las contracciones uterinas con el carácter de dolores espulsivos; y en estas condiciones siguió todo el dia, descendiendo la cabeza del feto hasta el tercio inferior de la escavacion. Fatigada por la noche de tan repetidos esfuerzos, los dolores se suspendieron, y se le hizo una corta sangría por el profesor encargado del parto. Pasó de este modo la noche, hasta la mañana del martes, en que se presentaron síntomas bastante imponentes: frio seguido de calentura, vómitos, diarrea bastante serosa, y abatimiento considerable de fuerzas. Fué llamado otro profesor en consulta, y dispusieron un baño general. Su situacion fué agravándose, y me citaron á consulta, que no pudo celebrarse por causas ajenas á mi voluntad, hasta las ocho de la noche. Su semblante estaba entonces descompuesto; habian cesado los vómitos; pero continuaba la diarrea, el pulso frecuente, muy débil, la lengua seca, las aguas fétidas, y la cabeza del feto colocada en el tercio inferior de la escavacion en posicion occípito-anterior. La matriz conservaba pocas aguas, y habia gran retencion de orina. Me convencí de que el feto estaba muerto hacia algun tiempo, y que la madre se hallaba amenazada de sérios peligros, cualquiera que fuese la resolucion que se adoptase. Era necesario terminar el parto con el fórceps; pero con muy escasa esperanza de poder conjurar los peligros de tan gráve situacion. Hechas las convenientes prevenciones, apliqué el fórceps é hice con facilidad la estraccion del feto, saliendo poco despues, y espontáneamente, la placenta. La matriz se contrajo, y se la colocó en cama, pasando en un estado regular las pri-

meras veinticuatro horas. La fiebre, sin embargo, continuaba, había sudores copiosos, gran sed, lóquios poco abundantes, retencion de orina y algun estravío de la inteligencia. El segundo dia por la mañana se presentó un frio intenso, se descompuso notablemente la fisonomía, volvió la diarrea, aparecieron nuevamente los vómitos y el trastorno de la inteligencia, y con estos síntomas sucumbió al tercer dia en consecuencia de una fiebre puerperal de índole nerviosa. Empezó ésta antes de terminarse el parto, como lo indicaron los síntomas de invasion que ya hemos citado, sin que pudieran detener su fatal curso los caldos, el cocimiento antiséptico á cucharadas por la poca tolerancia del estómago, el agua de Seltz y el alcanfor administrado en píldoras de dos granos, una cada tres horas.

Observacion 4.^a—Parto de vértice en una primeriza.—Insuficiencia de las contracciones uterinas.—Terminacion por medio del fórceps con feliz éxito.

Una señora, de edad de 24 años, primeriza, cuyo embarazo habia sido fisiológico, llegó á su término sin novedad, y se le presentó el parto el jueves 6 de diciembre. El período de dilatacion fué lento y se prolongó hasta el sábado á las once de la mañana, en cuya hora se rompió la bolsa amniótica; y hecha la exploracion por el profesor encargado del parto, encontró el cuello uterino completamente dilatado, y el vértice del feto entrando en la escavacion, sin poder dar razon de la posicion. Yo la ví por primera vez en la tarde del mismo dia, tercero del parto, y el estado general era bueno: no habia ningun desórden funcional en el aparato circulatorio, ni en el digestivo; la matriz estaba sensible á la compresion y habia alguna tension en sus

paredes; las contracciones eran poco duraderas y acompañadas de sensación de tenesmo; el vértice había descendido al tercio inferior de la escavacion y presentaba trombus en la línea media: la posición era occípito-pubiana. Manifesté que era un parto, aunque en buena presentación, de curso lento; que las contracciones uterinas no eran del todo fisiológicas, tenían ya algo de espasmódicas, y que si pronto no se modificaban serían necesarios dos auxilios eficaces: la sangría y el baño general templado. Volví á las doce de la noche y el parto había adelantado poco; el vértice del feto estaba en el estrecho inferior, empezaba á haber agitación, frecuencia de pulso, y calambres en la extremidad inferior derecha. La parturiente tenía repugnancia á la sangría, y se empezó por el baño sin que el parto adelantase: dos horas despues se practicó una sangría del pié de cinco onzas. Hubo fuertes dolores espulsivos por espacio de una hora, sin resultado; se hicieron luego débiles y casi cesaron, presentándose fiebre, grande inquietud, incoherencia de ideas y retencion de orina. En tal situación no se podía ya esperar la espontánea terminacion del parto; por lo que decidí que se repitiera el baño general de 28°, y de no verificarse la espulsion del feto, se aplicaria á continuacion el fórceps. Tambien se satisfizo la indicacion que reclamaba la retencion de orina, practicando el cateterismo. Con el baño calmó la escitacion del sistema nervioso y se tranquilizó la parturiente, pero el parto se encontraba en las mismas condiciones; y despues de convencerla de la imposibilidad de parir por sus solos esfuerzos, hice aplicacion del fórceps y est traje la cabeza del feto, que era sumamente voluminosa y muy adelantada en osificacion; pocos instantes despues tuve que enganchar el hombro anterior por no alcanzar el posterior, y des-

prendidos estos, se deslizó fácilmente el tronco. Salió el feto algo asfixiado, pero á poco empezó á hacer algunos movimientos de inspiracion despues de haberle sangrado del cordon, y lentamente con los convenientes auxilios (fricciones á la columna vertebral, percusiones á las nalgas, sumersion en un baño estimulante, insuflacion pulmonal) empleados sin interrupcion, fué volviendo á la vida hasta establecerse completamente la respiracion. La placenta salió de un modo espontáneo al cabo de unos once minutos, y la púerpera quedó en buen estado. La operacion se practicó á las siete de la mañana del domingo, dia cuarto del parto, habiendo estado la cabeza del feto más de doce horas en la escavacion. El puerperio fué bastante regular; no hubo más accidente notable que retencion de orina que exigió el cateterismo dos veces al dia. Hâcia el octavo sobrevinieron dolores vivos en el cuello de la vejiga, tenesmo y sedimento mucoso en la orina, síntomas que revelaban inflamacion de la mucosa vesical, especialmente del cuello de dicho órgano; pero con baños de asiento, emulsion comun y despues trementinada (una dracma en una libra de emulsion con una yema de huevo), mejoró, en términos de cesar los dolores y empezar á orinar con facilidad.

A los quince dias de puerperio empezó á quejarse de que se orinaba involuntariamente, y en particular cuando estaba de pié; por cuyo motivo se hizo una detenida exploracion de los órganos génito-uritarios, y encontré una fistula vésico-vaginal á la distancia de pulgada y media del meato urinario, de unas cuatro líneas de estension en su diámetro longitudinal y algo menos trasversalmente: el lâbio anterior de la matriz adherido á la pared anterior de la vagina. Se hicieron repetidas cauterizaciones con nitrato de plata, inyec-

ciones astringentes, aplicando tambien esponjas finas ovoideas á la vagina, y despues mechas impregnadas en un unguento deterativo. Se obtuvo al cabo de un mes la cicatrizacion; pues la sondé varias veces y no pude encontrar ningun punto de la algalia descubierto. No obstante, la incontinenia sigue, lo que me hace sospechar que esté sostenida por la relajacion del esfinter de la vejiga: la dispuse en este concepto tónicos interiormente y medio grano de extracto alcohólico de nuez vómica para tomar por la noche, sin encontrar alivio; la aconsejé despues el jarabe de sulfato de estricnina y baños de asiento frios, y en estacion oportuna los de Carratraca seguidos de los de mar.

**Observacion 5.^a — Parto de cara. — Posicion mento-
liaca derecha posterior. — Espasmo tónico de la matriz.
— Estraccion con el fórceps.**

Una señora, de edad de 23 años, bien constituida, primeriza, habia llegado al término de su embarazo, cuando se declaró el parto. Empezó éste por la rotura de la bolsa de las aguas á media noche, y por la mañana aparecieron las contracciones uterinas (dolores preparantes) con pequeña dilatacion del cuello. El profesor encargado del parto creyó en su primer reconocimiento que la presentacion era de vértice: los dolores continuaron, y fué verificándose lentamente la dilatacion hasta la mañana siguiente á las ocho, hora en que estimó conveniente dicho profesor administrarle un escrúpulo de centeno corniculado; y observando que el parto no adelantaba, aplicó tres veces el fórceps sin resultado. Una esploracion hecha posteriormente con otro profesor adjunto, les hizo conocer que la presentacion era de cara. Por la tarde fué llamado otro en consulta, y encontrándola con fiebre alta, acordaron

que se le hiciese una sangría y se le diese un baño general. A las ocho de la noche fui consultado; llevaba entonces cuarenta y ocho horas de parto: estaba febril, con algo de delirio; la matriz dura y sensible; habia contracciones espasmódicas; las partes genitales muy hinchadas; al nivel del estrecho inferior se encontraba la cara del feto, inclinada y en posicion mento-iliaca derecha posterior, ocupando la escavacion lo restante de la cabeza. Dispuse otro baño general, fricciones de pomada de belladona al abdómen, y enemas con 10 gotas de láudano para vencer el espasmo de la matriz. A las doce de la misma noche seguia el parto en iguales condiciones: la calentura era intensa, por lo que aconsejé una nueva sangría de la mano, y acordamos ser de absoluta necesidad la estraccion con el fórceps. El feto no daba indicios de vida; sin embargo, se le bautizó de un modo condicional, y colocada la parturiente en la posicion acostumbrada para el mayor número de operaciones tocológicas, apliqué el fórceps de Mr. Dubois: se colocaron y articularon las ramas sin dificultad, é hice la estraccion en pocos minutos. Poco despues salió la placenta espontáneamente, y la matriz quedó contraída, quejándose solo la operada de dolor en ambos costados, que ya habia sentido antes de la operacion, particularmente en el derecho. Continuó con fiebre, y al siguiente dia se manifestaron síntomas evidentes de metroperitonitis y dos escaras en la parte interna de los grandes lábios. Se le prescribió al segundo dia del puerperio una aplicacion de 18 sanguijuelas al hipogástrio y regiones iliacas: al dia tercero, fricciones de unguento mercurial con pomada de belladona al abdómen, y cada tres horas una píldora de dos granos de calomelanos con un cuarto de grano de extracto tebaíco. La peritonitis siguió en incremento: se le dispuso otra

aplicacion de sanguijuelas y redaña al abdómen. Los vómitos se hicieron repetidos, y se usó el agua de Seltz, sorbete de flor de naranja, enemas de asafétida; pero sin resultado, pues sucumbió al cuarto dia con todos los síntomas de derrame peritoneal.

Observacion G.^a—Presentacion de hombro derecho. —Posicion céfalo-iliaca derecha. —Espasmo de la matriz, que hizo imposible la version podálica.—Embriotomía.

Una señora, de edad de 22 años, temperamento nervioso, primeriza, sintió dolores de parto el 8 de enero á las dos de la mañana, y á las cuatro fué llamado el profesor encargado de su asistencia. Los dolores eran entonces preparantes, y no habia más que una pequeña dilatacion del cuello: la presentacion era desconocida. A las seis se rompió la bolsa amniótica, y se conoció la presentacion de hombro. Hizo dicho profesor una tentativa de version sin resultado, habiéndose cerciorado de la situacion de la cabeza, colocada por encima de la fosa iliaca-derecha. Llamó á otro profesor en consulta; y juntos, y con más empeño, practicaron otra tentativa de version infructuosamente. En vista de este resultado, me convocaron á consulta á las doce del dia, en cuya hora encontré á la parturiente desalentada, sin reaccion febril ni cefalalgia, y con contracciones uterinas muy frecuentes que la inducian, contra su voluntad, á hacer esfuerzos. La matriz habia perdido sus aguas, estaba contraida sobre el feto y sensible. A la altura del estrecho superior se hallaba el hombro derecho y parte anterior del pecho: el brazo correspondiente en semiflexion, la cabeza no se alcanzaba; pero se apreciaba en la fosa iliaca derecha, al través de las paredes

abdominales. Conocí que el espasmo de la matriz haría impracticable la version podálica, y dispuse sangría corta y un baño general de 28° y media hora de duración, quedando en reunirnos nuevamente á las tres de la tarde. A esta hora, nada se habia conseguido para vencer el espasmo; más bien parecia aumentado que disminuido. Sin embargo, decidí intentar la version en la posicion acostumbrada; y si en esta no era posible, en la cuadrúpeda. Vanos fueron mis esfuerzos: á pesar de reiterarlos, no logré llegar al fondo de la matriz, donde debian estar colocadas las estremidades inferiores. Discutimos despues, si convendria esperar algunas horas para conseguir la relajacion del útero, ó si debia procederse á la embriotomía para evitar nuevos y más graves accidentes. Despues de habernos convencido de que el feto no daba señal alguna de vida, y teniendo en cuenta las pocas probabilidades que habia de que la matriz se relajase, se acordó unánimemente la embriotomía, siguiendo, si fuese posible, el procedimiento de Celso. Colocada la parturiente en la posicion ordinaria (decúbito supino con las estremidades inferiores en flexion), apliqué un lazo al brazo que se hallaba en la vagina, para hacer descender el hombro y cuello del feto, con tracciones ayudadas de los esfuerzos de la parturiente. Descendió el hombro con lentitud; pero sin que se alcanzára á enganchar el cuello. En esta situacion, y considerando al brazo como un obstáculo, le desarticulé con tijeras: inmediatamente descendió el opuesto, hice algunas tracciones de él, sin que el cuello bajase, y le desarticulé tambien con el mismo instrumento. Más desembarazada entonces la mano, pudo avanzar hasta el cuello, y pasar detrás de él un gancho obtuso. Corté entonces con las tijeras las vértebras cervicales, dejando las partes blandas de la region posterior del

cuello, sobre las que apliqué nuevamente el gancho para hacer tracciones un ayudante, en tanto que yo separaba los grandes lábios. A los pocos instantes, y auxiliados de los esfuerzos de la parturiente, descendió todo el pecho, sucesivamente la cabeza, y por último las nalgas y extremidades inferiores. La placenta salió espontáneamente, y la operada quedó en un estado regular, aunque cansada de dicha maniobra: su puerperio fué bueno, sin otro padecimiento más que una intermitente que sobrevino al noveno día, y cedió con facilidad al uso del antilípico. Su restablecimiento fué completo.

Observacion 7.^a—Presentacion de hombro izquierdo.— Posicion céfalo-ilíaca izquierda.— Version podálica estando el feto muerto.

Una señora, que habia ya tenido cuatro partos naturales y un aborto, se hizo embarazada por sexta vez, y el embarazo fué sumamente penoso. Habiendo llegado á término, se le presentó el parto el domingo 19 de marzo de 1860, empezando por la rotura de la bolsa de las aguas la noche anterior. A las ocho de la mañana fué llamado el profesor encargado del parto, y á las once parió un niño en presentacion de vértice. Reconoció la matriz y observó que habia otro feto, pero en presentacion de hombro. Intentó inútilmente hacer la version podálica: llamó á otro profesor y repitieron otra tentativa, sin poder alcanzar los pies. A las siete de la noche me llamaron para operarla, ocho horas despues del nacimiento del primer feto. La presentacion era de hombro izquierdo, encajado en la escavacion con todo el brazo fuera de la vulva, livido y sin epidérmis: el dorso del feto, colocado directamente hácia abajo, y el plano lateral izquierdo hácia adelante;

la cabeza muy elevada y situada por encima de la fosa ilíaca izquierda; la matriz contraída sobre el feto; éste no daba señal alguna de vida. La parturiente estaba algo febril y sumamente fatigada por la prolongación del parto, con dolores espulsivos. Decidí efectuar la versión, y si no podía realizarla, verificar la embriotomía. Colocada la parturiente en la posición de costumbre, introduje la mano izquierda, fuí avanzando lentamente por la pared posterior de la pélvis y sucesivamente por la correspondiente de la matriz; al llegar cerca de las nalgas, fué tal el estado de contracción del útero, que me inhabilitó la mano y tuve que sacarla. Introduje entonces la derecha con decisión, sin conseguir, por más esfuerzos que hice, elevar el hombro: por último, con perseverancia y prudencia llegué al fondo uterino y cojí los dos pies, haciéndolos descender hasta la escavación. El posterior salió hasta la vulva, y le apliqué un lazo; el otro quedó un poco alto en el tercio superior de la pélvis sin poder bajarle. Hice entonces tracciones del posterior, procurando al mismo tiempo elevar el brazo, y encargando á un ayudante favorecer con su mano la ascension de la cabeza: de esta manera bajaron las nalgas y el pié correspondiente á la extremidad anterior, no ofreciendo despues ninguna dificultad la salida del resto del tronco. La placenta fué espulsada espontáneamente, haciendo alguna tracción suave de uno de los cordones: era de gran magnitud y de forma oval. Quedó la matriz contraída y el pulso medianamente desenvuelto. El feto estaba muerto y era tambien de sexo masculino. La púérpera murió al octavo dia de una metroperitonitis, segun me informaron, pues yo no volví á verla.

Observacion 8.^a—Version podálica en parto de gemelos con buen éxito.

Una señora, de edad de 33 años, de temperamento nervioso, que habia ya tenido seis partos naturales, se hallaba al fin de su sétimo embarazo, y se le presentaron los dolores á media noche, rompiéndose á poco tiempo la bolsa amniótica. El feto, colocado de vértice, y á las cinco de la mañana salió á luz: era del sexo femenino y nació vivo. Quedó el útero dilatado, y se apercibió el profesor encargado del parto de que habia otro. Comenzaron de nuevo los dolores, y se formó una bolsa prolongada, que luego que se rompió dió paso á un brazo. El encargado de la asistencia del parto conoció que se trataba de una presentacion de hombro, y que era indispensable la version podálica. Intentó practicarla, pero no pudo encontrar los pies; y en los movimientos hechos durante esta tentativa, salió el otro brazo, hallándose las dos manos fuera de la vulva. En vista de la ineficácia de sus esfuerzos, resolvió llamar al profesor de la casa, y de comun acuerdo decidieron convocarme para operarla. Las contracciones uterinas habian continuado y tambien la salida de las aguas: sin embargo, por consejo de dichos profesores se hallaba en cama, habiéndola recomendado que no hiciese esfuerzos. A las nueve de la mañana del dia 18 de julio de 1860 la ví por primera vez, encontrándola en decúbito supino, con las dos manos del feto fuera de los genitales; la matriz bastante reducida de volúmen, aunque blanda; el hombro derecho colocado hácia abajo, el izquierdo hácia arriba; el plano abdominal hácia adelante, el dorsal atrás; la cabeza en la fosa iliaca derecha: de manera, que la presentacion era de hombro derecho, posicion céfalo-iliaca derecha. El estado gene-

ral era todavía bueno, no obstante de estar ya algo febril. La dejé descansar algunos momentos, dándole alguna cucharada de pocion antiespasmódica; y colocada en la actitud habitual para las operaciones tocológicas, procedí á hacer la version podálica, despues de echar agua de socorro al feto. Introduje la mano derecha hasta llegar á la axila correspondiente de éste, procurando elevar el hombro y desviarle hácia la fosa iliaca derecha: efectuado este movimiento, me diriji por la fosa iliaca izquierda á buscar los pies: no tardé en encontrarlos, aunque no pude asirlos simultáneamente, sino uno despues de otro; la evolucion fué fácil, así como la extraccion del tronco y estremidad cefálica. Era el feto del sexo femenino, y salió con señales de asfixia; se le sangró un poco del cordon, y despues con fricciones, baño estimulante é insuflaciones mesuradas en el aparato respiratorio, se logró establecer completamente la respiracion. Las placentas se desprendieron espontáneamente, ayudando su salida con tracciones alternadas hechas en los dos cordones. No hubo ningun accidente en el puerperio.

Observacion 9.^a—Parto en presentacion de hombro.
—Version podálica, terminando con el fórceps la extraccion de la cabeza por existir un hidrocéfalo.

Una señora, de edad de 32 años, bien constituida, que habia ya tenido un parto natural, se hallaba al concluir su embarazo, cuando se le presentó el segundo el lunes por la mañana (14 de octubre), empezando por la rotura de la bolsa de las aguas. A medio dia aparecieron los dolores de parto, que continuaron con interrupciones y con el carácter de preparantes. La dilatacion del cuello fué lenta, y la presen-

lacion dudosa , hasta el martes á las doce de la noche, hora en que el profesor encargado de su asistencia reconoció á la parturiente, y encontró un brazo del feto en el orificio uterino. Estaba ya éste bastante dilatado, por lo que decidió practicar la version podálica. No encontró dificultades para alcanzar los pies, y asiéndolos estrajo el tronco, así como tambien las estremidades superiores. Solo faltaba la cabeza para terminar la estraccion ; pero por más que repitió sus esfuerzos no pudo conseguirlo. A las cuatro de la mañana fuí llamado á consulta con el mencionado profesor, y otro que habia encontrado la misma imposibilidad para la estraccion de la cabeza. El estado general de la parturiente era bueno: la matriz estaba contraida sobre la cabeza del feto , que aún estaba colocada por encima del estrecho superior, habiéndose alargado el cuello para permitir la salida de los hombros. Todo el tronco del feto estaba fuera de las partes genitales, con su plano dorsal hácia adelante; en la region lumbar habia un tumor que ofrecia los caracteres de espina bífida. A duras penas se alcanzaba el menton y la abertura bucal en la direccion de la sínfisis sacro-iliaca izquierda; hice varias tentativas para la flexion de la cabeza con dos dedos introducidos en la boca, enganchando con la otra mano los hombros y obrando simultáneamente; pero sin resultado. La dejé descansar y dispuse un baño templado, pomada de belladona á la region hipogástrica y una cataplasma emoliente con el objeto de facilitar la relajacion de la matriz, considerando que tal vez el espasmo de dicho órgano fuese el obstáculo para la terminacion del parto. A las siete de la mañana, despues de haber empleado dichos auxilios, repetí otra tentativa, resuelto á aplicar el fórceps, si no se realizaban mis esperanzas. En efecto: pronto me convencí de que era

necesaria la aplicacion de dicho instrumento; pues aunque nada podia esperarse ya del feto, era menester sacar á la madre de situacion tan aflictiva. Coloqué las ramas del fórceps, y las articulé; pero no debió quedar bien asida la cabeza, porque á las pocas tracciones resbaló dicho instrumento y se salió, dejando la cabeza á la misma altura. Comprendiendo entonces que el tronco del feto me impedia cojer la cabeza con seguridad, y teniendo evidencia de que se hallaba muerto, coloqué un lazo en el cuello, que entregué á un ayudante, é hice la seccion por debajo. En seguida apliqué el fórceps con holgura; y en las tracciones que hacía para su descenso, cuando ya estaba entrando en el estrecho inferior, empezaron á salir oleadas de líquido seroso en gran cantidad, haciéndose fácil desde ese momento la extraccion de la cabeza. Era ésta de desmesurada magnitud: aparecia notablemente dilatada la cavidad craniana, la masa cerebral deshecha, y gran cantidad de serosidad ocupando todavía la base del cráneo. La compresion hecha por el fórceps la habia dislacerado, permitiendo su extraccion. La placenta salió espontáneamente, y el puerperio fué natural.

Observacion 10.^a—Aborto de tres meses.—Gran metrorrágia.—Taponamiento.—Extraccion de la placenta.

Una señora, de edad de 36 años, que habia tenido dos partos naturales y tres abortos de dos á tres meses, se hallaba nuevamente embarazada de tres, cuando sin causa conocida empezó á sentirse manchada de sangre: al tercer dia se declararon dolores en el hipogástrio y region sacra con metrorrágia. Fué ésta aumentando hasta producir síncope; y repitiéndose con bastante frecuencia, fui llamado á consulta á las seis de la noche

del mismo día. Ofrecia la embarazada el cuadro sintomático propio de las grandes pérdidas de sangre: decoloracion, pulso apenas perceptible, frialdad de la piel y lipotimias casi continuas. El profesor que la asistia, no habia empleado más auxilios que una sangría revulsiva de la mano y mistura antiespasmódica á cucharadas. Inmediatamente decidí practicar el taponamiento metódico de la vagina, con el que quedó detenida la metrorrágia. Se le dieron caldos con unas gotas de vino á fin de establecer la reaccion. A las tres horas se habia ya desenvuelto ésta, aunque débil: quité el tapon para explorarla, y encontré el cuello poco dilatado, tocándose entre sus lábios una porcion de placenta. Volví á aplicar el tapon, encargando que le siguiesen dando caldos y cucharadas de la pocion antiespasmódica. Unas dos horas despues cesaron los dolores, y la embarazada quedó en calma, sin volver á manifestarse la hemorrágia. A la mañana siguiente saqué el tapon, y encontrando algo más dilatado el cuello, desprendí con dos dedos la mayor parte de la placenta. En los dias subsiguientes se presentó una fiebre vespertina de forma intermitente, que fué combatida con moderadas dosis de sulfato de quina, logrando despues de unos ocho dias entrar en convalecencia.

Observacion 11.^a— Aborto de tres meses.—Metrorrágia considerable.— Desprendimiento y extraccion de la placenta.

Recae esta observacion en una señora, que despues de un parto natural ha tenido cuatro abortos consecutivos, todos á los tres meses de gestacion. En el penúltimo fuí llamado á consulta, cuando ya habia sufrido grandes pérdidas de sangre, y fué necesario extraer la

placenta. Desde aquel momento la metrorrágia se detuvo; pero le sobrevino una fiebre de forma accesional, que tuve que combatir con el sulfato de quinina, y después con preparados ferruginosos. Actualmente se hallaba embarazada de tres meses, cuando se le presentaron de un modo inesperado manchas de sangre: pasó así un día, y al siguiente le aparecieron dolores, que logré calmar con enemas laudanizadas; pero al tercero repitieron con más intensidad, acompañados de hemorrágia considerable, lipotimias y casi completa pérdida del pulso. La reconocí, y el cuello de la matriz estaba medianamente dilatado y la vagina llena de coágulos. Apliqué tapon impregnado en oxicroto, y la administré una disolución de extracto de ratania á cucharadas. Pero observando después de unas dos horas que la situación se agravaba, introduje los dedos índice y medio dentro del útero, y extraje la mayor parte de la placenta. Quedaba un fragmento en el fondo, y le deshice con las yemas de dichos dedos. Desde entonces cesó la hemorrágia: hubo reacción febril, que se desenvolvió con lentitud, y á los tres días quedó en buen estado, declarándose la convalecencia.

Observacion 12.^a—Hemorragia por inercia consecutiva al parto.—Detencion del flujo á favor de la excitacion producida por la mano dentro del útero.

Una señora habia tenido varios partos felices: se le declaró el último á las diez de la mañana, y á las doce habia terminado: la espulsion de la placenta se verificó espontáneamente, y se la colocó en cama sin accidente alguno. A la hora de haberse marchado el profesor encargado del parto, fué llamado por haberse presentado un gran flujo de sangre. Empleó dicho profesor la mis-

tura astringente de Silvio y fomentos de oxierato al vientre bajo; pero la hemorrágia continuaba, y fuí llamado á consulta. A las cuatro de la tarde ví á la parida, y la encontré con los síntomas que revelan las grandes metrorrágias: palidez, lipotimias y pulso concentrado; la matriz estaba dilatada y blanda, llegaba su fondo cerca del ombligo. Me convencí de que era una metrorrágia por inercia, debida á la rápida deplecion de la matriz, y en su consecuencia me decidí á emplear el recurso de más confianza. Introduje la mano en la cavidad uterina, que encontré llena de coágulos; y despues de haberlos desprendido, froté nuevamente la superficie interna del útero: éste se contrajo rápidamente, y la hemorrágia quedó cohibida, sin que hubiese ningun accidente ulterior. El puerperio siguió su curso regular.

Observacion 13.^a—Estraccion de la placenta en una primeriza á las cuatro horas del parto.— Ninguna consecuencia grave.

Una señora, primeriza, habia tenido un parto de vértice, natural en todos sus períodos; pero poco despues de haberse verificado la espulsion del feto, se presentó metrorrágia, y se la colocó en la cama, bastando la posiccion para suspenderla. Siguió sin novedad, sintiendo únicamente de tiempo en tiempo algun ligero dolor, que indicaba la contraccion de la matriz, pero sin determinar la salida de la placenta; por lo que fuí llamado á consulta á las nueve, cuatro horas despues de haber parido. Decidí hacer la estraccion de la placenta, y la encontré envaginada en su mayor parte, retenida por la contraccion del cuello. Suaves tracciones hechas sobre la parte colocada en la vagina bastaron para su completo desprendimiento, saliendo á continuacion una buena

cantidad de sangre coagulada. La matriz se contrajo, y quedó la púérpera tranquila y en un completo estado de calma.

Observacion 14.^a—Retencion de la placenta por adherencias parciales.—Metrorrágia.—Estraccion.

Una señora, de edad de 30 años, habia tenido en el segundo mes de su embarazo una metrorrágia, que pudo cohibirse con oportunos auxilios, y la gestacion llegó á su término. El parto fué natural y en presentacion de vértice; sin embargo, la placenta quedó detenida dentro del útero, verificándose de cuando en cuando metrorrágias de consideracion. El profesor que la asistia, hizo varias tentativas para estraerla; pero sin resultado. A las diez horas se me convocó á consulta, y encontré á la púérpera con señales de profunda anemia: continuaba la metrorrágia, y la placenta estaba dentro de la matriz contraida espasmódicamente. Creí que no se podia diferir la estraccion, y la practiqué, encontrando gran resistencia para llegar al fondo uterino, é íntimas adherencias que hicieron algo prolijo su desprendimiento. A las veinticuatro horas se manifestaron síntomas de metroperitonitis grave, de la que sucumbió, segun me informó el profesor que estuvo encargado de su asistencia.

Observacion 15.^a—Permanencia de la placenta dentro del útero, por espasmo.—Estraccion á las once horas.

Una señora, de edad de 54 años, que habia tenido varios partos, esperimentó en el penúltimo dificultades para la espulsion de la placenta, y en el siguiente la necesidad de su estraccion, que efectuó un profesor á

las nueve horas. Tuvo otro parto natural, y tan feliz como los anteriores; pero no espulsó la placenta, sin que se presentase metrorragia. Le aconsejé el reposo, bebidas diaforéticas y una cataplasma emoliente á la region hipogástrica, en razon á que la matriz estaba dura y contraida. A las once horas, observando que, aunque la matriz se habia relajado, la placenta no se desprendia, hice su estraccion con la mano y sin tener que vencer ninguna resistencia. El puerperio fué bueno y siguió su curso natural.

Observacion 16.^a—Permanencia de la placenta dentro del útero, por adherencias.—Estraccion.

Una señora, de edad de 30 años, habia ya tenido cuatro partos naturales; pero en el segundo fué necesaria la estraccion de la placenta por una causa análoga á la que intervino en el último parto. Se le presentó éste á media noche, colocado el feto de vértice, y siguió su curso natural; pero asistida por una comadre, no fué auxiliada convenientemente, y el feto se detuvo al atravesar los hombros el estrecho inferior, por lo que sucumbió asfixiado. Fué llamado un profesor en este trance, y facilitó el desprendimiento de los hombros y la salida de lo restante del tronco. La matriz se contrajo, y la placenta no se desprendió, quedando intranquila la recién parida, á pesar de no haber hemorragia. Siguió así, desde las siete de la mañana hasta las cuatro de la tarde, en que fué llamado á consulta. Tenia fiebre, sed, habia agitacion moral; la matriz alta, formando un tumor bastante voluminoso por debajo del ombligo. Sin dilacion procedí á estraer la placenta; no habia cordon umbilical, por haberse desprendido en dos tentativas que habia hecho el profesor ya citado. Encontré la pla-

centa adherida íntimamente y en toda su estension al fondo uterino, y me fué preciso irla desprendiendo con las yemas de los dedos, dislacerando el tejido placentario, y haciendo movimientos de torsion sobre su masa; y solo así pude conseguir su estraccion. Hubo al siguiente dia una reaccion violenta, que se dominó con una sangría y 24 sanguijuelas al abdómen y parte superior interna de los muslos, y al quinto dia entró en convalecencia.

Observacion 17.^a— Retencion de la placenta en un parto de siete meses.—Estraccion á las treinta horas, despues de pérdidas de sangre de consideracion.

Una señora, que habia ya tenido algunos partos felices, así como los puerperios, sufrió á los siete meses de embarazo una contusion en el lado derecho del vientre, y á los ocho dias se le presentó el parto á las siete de la mañana, terminando á las doce; sin que ocurriese ningun accidente más que el sucumbir el feto á los pocos minutos de haber nacido, habiéndose observado en una mano un estenso equimosis, segun me informaron los profesores que presenciaron el parto. La placenta no salió y hubo indicios de hemorrágia, manifestándose al poco tiempo lipotimias repetidas. Intentó extraer la placenta el profesor encargado del parto, pero sin lograrlo: se le administró un escrúpulo de centeno corniculado en cuatro dosis, y tambien sin éxito alguno. Por la noche fuí llamado á consulta, y la matriz estaba fuertemente contraida bajo la influencia del centeno corniculado; la púérpera anémica, con frecuentes lipotimias y pulso casi imperceptible. Se procuró por mi consejo reanimarla con caldos frecuentes y algunas gotas de vino, y cuando se obtuvo reaccion, se le dió un baño general,

que se repitió á la madrugada , con cuyo auxilio se relajó la matriz; y á las ocho de la mañana, encontrándola en tan buenas condiciones, hice la extraccion de la placenta con facilidad , que salió envuelta en gran cantidad de coágulos ya descompuestos y con gran fetidez. Esta puérpera, segun me informó el profesor encargado de su asistencia , sucumbió al dia quinto de una intermitente perniciosa ; sin que yo pueda responder de la exactitud del diagnóstico , porque no ví despues de la operacion á dicha enferma.

REFLEXIONES.

Vamos á comentar brevemente los hechos clínicos incluidos en el presente año , entre los que hay algunos de notable interés.

El primero es un parto de vértice en posicion occipito-anterior izquierda , referente á una primiza, que no pudo concluir espontáneamente, en razon á que habia obstáculo mecánico, dependiente de desproporcion de dimensiones entre la escavacion de la pélvis y la cabeza del feto , y exigió la aplicacion del fórceps para su terminacion. Notable es, por cierto , que siendo la causa que impedia el parto de índole mecánica, formasen decidido empeño los profesores encargados de la asistencia en favorecerle con la medicacion homeopática. ¡ Vana ilusion! Al fin tuvieron que convencerse de que no era esta cuestion de glóbulos , y que la práctica de la obstetricia no se presta á ninguna especie de

misticismo. Por desgracia fué tarde para la vida del feto, aunque oportunamente para salvar la de la madre, cuando se procedió á la operacion. No observé el curso del puerperio, por haber quedado nuevamente la puérpera bajo la direccion de profesores homeópatas; por lo tanto, nada puedo decir sino lo que me refirieron, y que dejo ya consignado en la historia clinica de este hecho.

En el segundo se describe el accidente más grave y comprometido que puede ocurrir en el curso del parto: la rotura de las paredes uterinas y la salida del feto á la cavidad del peritoneo. No figura en esta historia ningun antecedente que pueda explicar tan triste suceso: ni contusiones durante la gestacion sufridas en las paredes del útero, ni padecimientos inflamatorios que hubieran podido reblandecer su tejido; únicamente se hace mencion del uso del centeno corniculado, al segundo dia del parto, despues de haber practicado una sangría. Es el centeno corniculado, como todos los medicamentos activos y heróicos, difícil de manejar, y espuesto, cuando se emplea por profesores inespertos, á ocasionar daños y trastornos de consideracion. Su accion escitante electiva sobre el tejido uterino está bien comprobada por la observacion, y en este concepto se ha hecho de él una aplicacion abusiva, y las más veces dañosa para favorecer el parto. Las contracciones que produce no son análogas á las fisiológicas, sino que

tienen algo de tetánicas; pues la dureza que ofrece el tejido uterino, indica que su fibra está contraída de un modo permanente, siendo estos efectos trascendentales para la vida del feto, por la dificultad que inducen en la circulación útero-placentaria. Esta acción escitante, que coloca á la matriz en condiciones que tanto se apartan del estado fisiológico, debia inducir á los tocólogos á economizar el uso del centeno corniculado, empleándole únicamente en los casos de verdadera inercia atónica, y cuando no existiese ningun obstáculo mecánico que pudiera retardar ó impedir la espulsion del feto. En el presente hecho se usó al segundo día del parto, cuando apenas podia estar iniciado el período espulsivo; y nada se dice por el profesor encargado de su asistencia, sino que se activaron las contracciones de la matriz, sin que el parto adelantase. A la mañana siguiente se suspendieron los dolores, apareció metrorragia y los demás síntomas que indicaban la rotura de las paredes uterinas. No hay, pues, causa alguna en la investigacion de este hecho á que poder atribuir tan sério accidente, mas que la intempestiva acción del centeno corniculado, que exaltó la fuerza contractil de la matriz más de lo que era permitido esperar (en atencion á la cantidad que llegó á administrarse, que segun se me informó no escedió de un escrúpulo); cuando todavía no estaba el parto en ocasion de poder terminarse por la resistencia que aun pudiera ofrecer el cuello, aun

dado caso que no hubiese alguna irregularidad en la presentacion. Colocada la matriz en un estado de tension excesiva , pudo ser suficiente cualquier movimiento brusco hecho por la parturiente para que , comprimida por el mismo feto, cediese en la direccion que hemos indicado; fraguándose aquella horrible perforacion que dió paso á todo el feto y sus dependencias á la cavidad del peritoneo. En la inspeccion que hice del cadáver , llamó mi atencion la regular colocacion del feto dentro de la cavidad del peritoneo, como si estuviera dentro del útero: la cabeza en la fosa iliaca izquierda ; los pies arriba ; el plano dorsal hácia la izquierda y adelante, y el abdominal hácia atrás y á la derecha , disposicion análoga á la que ofrecia antes de ocurrir la rotura y que no tiene fácil explicacion. Notable es tambien que , con lesiones de tanta monta, con metrorragia y el colapso del sistema nervioso que sucede siempre á las rasgaduras del útero, se sostuviera la vida cerca de veinticuatro horas, sobreviniendo la muerte poco despues de mi llegada en la mañana del lunes. De todos modos, este hecho dejó una honda impresion en mi ánimo; y tuve el sentimiento de no haber sido convocado con más oportunidad para haber observado fielmente el curso de dicho accidente, y haber prestado los escasísimos auxilios con que la ciencia cuenta para situaciones análogas. La gastrotomía , si hay esperanzas de salvar la vida del feto y no puede estraerse por las vías

naturales; la absoluta quietud; los hemostáticos, y especialmente el frío para detener la hemorragia; el ópio para calmar los dolores y los vómitos, y oponerse al desenvolvimiento de una inflamación agudísima del peritoneo, son los reducidos medios y de poca importancia en la generalidad de los casos, que pueden emplearse en relación con las más urgentes é imperiosas indicaciones. No olvidemos este hecho, porque es un nuevo ejemplo de los fatales resultados que produce la inoportuna administración del centeno corniculado, que tantos y tan graves males ha producido en la práctica de la Tocología.

La tercera observación se refiere á un parto de vértice en una primeriza, que exigió la aplicación del fórceps. Lo primero que llama la atención en este hecho, es la inercia en que cae la matriz en muchas primerizas, cuando el parto se prolonga más que lo natural, y sobre todo, en el caso de anticiparse los esfuerzos para la expulsión del feto. La matriz agota sus fuerzas en este trabajo, como las consume un músculo en un largo y penoso ejercicio; siendo difícil en tales circunstancias restablecer la fuerza contractil de dicho órgano, si no se consigue con el reposo. La demasiada duración del parto, después de haber perdido el útero el fluido amniótico, trae en pos de sí como consecuencia inevitable, la muerte del feto por la dificultad de la circulación útero-placentaria. El sistema nervio-

so, que ha sufrido tan duros embates, debidos á la repeticion del dolor, se desordena y se desenvuelve ya la eclámpsia, ya una fiebre puerperal; como sucedió en el presente caso, que representa la lucha impotente del organismo para restablecer la accion fisiológica, y cuyo resultado fué tan rápidamente funesto. Empero al cuarto dia del parto, y aunque se estrajo el feto con el fórceps para apartar la causa que tan grave desórden habia producido en los sistemas orgánicos, que son las fuentes de la vida, los efectos se sostuvieron por desgracia, y ocasionaron en breve tiempo la muerte.

El cuarto hecho corresponde á un parto de vértice en una primeriza, en cuyo curso se presentó espasmo de la matriz, que impidió su terminacion espontánea, habiendo sido necesario aplicar el fórceps para la extraccion del feto. La operacion fué hecha oportunamente, pues aunque salió algo asfixiado, la sangría del cordon y los demás auxilios que en tales casos se emplean, facilitaron el establecimiento de la respiracion; pero á pesar de ser tan lisonjero el éxito, quedó en el puerperio retencion de orina, que ya se habia manifestado antes del parto, producida por compresion. Se sondó á la enferma por ocho dias, declarándose síntomas de inflamacion del cuello de la vejiga, que hacian penoso el cateterismo; y al cabo de ese tiempo empezó á orinar espontáneamente, subordinando á la voluntad, segun me decia, el ejercicio de

dicha funcion: sin embargo, á los quince dias de puerperio sobrevino incontinencia, y entonces pude hacerme cargo de que habia una fistula véxico-vaginal, de la forma y condiciones que quedan espresadas en la historia de este singular hecho. No pudiendo tolerar la enferma la aplicacion permanente de una algalia de goma por la escesiva sensibilidad del cuello de la vejiga, hubo que hacer cauterizaciones con nitrato de plata, y alguna con tintura de cantáridas aplicada con un pincel; y aunque estos auxilios dieron lugar en algunos casos á intensas exacerbaciones de la inflamacion de las vías urinarias, logré que llegára á obliterarse, hasta el punto de no encontrar en repetidas exploraciones ningun punto desnudo de la algalia que usaba como medio de exploracion. Pero ¡cuál fué mi sorpresa, cuando despues de haber conseguido tan fausto resultado, ví que se sostenia la incontinencia, que creí debida esclusivamente á la solucion de continuidad! Me convencí entonces de que la vejiga, en su padecimiento, habia perdido su resorte en la region correspondiente al cuello, y que ésta debia ser la causa de la salida involuntaria de la orina. En estas circunstancias, creí que nada habia más indicado que reanimar la accion del plano contractil de la vejiga con los preparados de nuez vómica y la accion tónica de aguas sulfurosas frias, como las de Carratraca, cuyo resultado todavía ignoro.

La quinta observacion trata de un parto de

cara, en posición mento-iliaca derecha posterior en una primeriza, en cuyo curso y durante el período expulsivo, se le administró centeno corniculado para activar el parto; y viendo que no se realizaba, se hicieron tres tentativas inútiles de fórceps por el profesor encargado de su asistencia. Hubo á no dudarlo en este hecho, para desgracia de la parturiente, inexactitud en la calificación de la presentación; pues se creyó que era de vértice, cuando todavía hubiera sido posible doblar la cabeza del feto, colocándola en actitud más favorable. Hubo además precipitación en obrar, interviniendo para la terminación del parto antes de esperar lo que la prudencia aconseja, puesto que aun no llevaba diez y ocho horas, y se habían empleado auxilios de gran poder para concluirle. Por último, se equivocaron lastimosamente las indicaciones: se usó centeno corniculado cuando había espasmo uterino, y se empleó el fórceps sin vencer antes este obstáculo dinámico. Así las consecuencias fueron tan tristes, por haberse desconocido en un principio la presentación, y haber confundido tan desgraciadamente las indicaciones. La inflamación de la matriz y del peritoneo se desenvolvió con rapidez, y arrebató la vida de la púérpera en breves días.

En la sesta se halla consignado el hecho de un parto de hombro derecho, posición céfalo-iliaca derecha, en una primeriza joven, que exigió la embriotomía, por haber hecho impracticable

la version podálica un fuerte espasmo tónico del útero. Puede fácilmente inferirse que la operación indicada era la version podálica; pues la cefálica no debía intentarse, cuando ya habían salido las aguas del amnios y el feto no tenía movilidad. Pero se presentó un accidente que ocurre con frecuencia en las primerizas: espasmo de la matriz, y se graduó por las tentativas que infructuosamente se hicieron para extraer el feto. No siendo el espasmo vencible, y hallándose el feto muerto, no quedaba otro recurso que la embriotomía, que se practicó con feliz éxito siguiendo el proceder de Celso, ligeramente modificado. El buen resultado que tuvo operación tan delicada, acredita lo que tantas veces he tenido ocasión de observar; es decir, que las consecuencias de las operaciones tocológicas están en razón de la disposición especial en que el útero se encuentra, y de la oportunidad con que se hacen. Así se explica cómo sencillas y fáciles operaciones van sucedidas á veces de los más graves accidentes en el puerperio; y al contrario, operaciones difíciles, duraderas y comprometidas, nos sorprenden por la falta de todo padecimiento ulterior, ora uterino, ora peritoneal. ¡Tan cierto es que las disposiciones individuales en Tocología como en las demás ramas de la práctica de la Medicina son circunstancias muy atendibles, y que el médico no debe olvidar nunca para juzgar del éxito de un plan terapéutico ó de una operación!

El sétimo hecho se refiere á una version podálica efectuada en un parto de hombro izquierdo, posicion céfalo-ilíaca izquierda, que fué algo difícil por el encajamiento del hombro en la escavacion y el espasmo tónico en que se hallaba el útero, debido á las tentativas que se habian efectuado para estraer el feto. Esta operacion la practiqué á las ocho horas de haber nacido otro espontáneamente y en presentacion de vértice. En un parto de gemelos, y cuando el segundo feto ofrece, como en el actual caso, una presentacion trasversal, no debe perderse un instante para la version podálica; pues fatigado el útero de los esfuerzos del primer parto, quedan relajadas sus paredes y en buenas condiciones para verificarse dicha operacion. Pero al intentarla debe llevar el profesor el convencimiento de que puede realizarla; porque de otro modo, la escitacion producida por la mano y las tracciones hechas por un profesor inesperto, producen daños incalculables; dando lugar al espasmo tónico, y encajando el feto en la escavacion, contra todas las reglas del arte y lo que exige el buen sentido. Y preciso es advertir, que la audácia en estos casos, cuando no se conocen las indicaciones y los procedimientos operatorios que reclaman, no hace más que redundar en desdoro del arte, y en descrédito del profesor que tan imprudentemente se arroja á intentar una operacion que no le es fácil llevar á cabo. Conviene, pues, que en tales situaciones se

recurra á la pericia y conocimientos de profesores que reunan á su ciencia una buena práctica en Tocología; y que si el encargado del parto carece de estas condiciones, se abstenga de intervenir, convocando sin dilacion á los que la opinion designe como más hábiles ó amaestrados en este género de operaciones. De esta manera quedaria menos humillado en el concepto de los interesados, no habiendo intentado una operacion estérilmente; y dejaria, por otra parte, al práctico llamado para ejecutarla, más libre el terreno en que ha de obrar, y más exento de complicaciones, debidas la mayor parte de veces á ensayos intempestivos ó mal dirigidos. Así tambien se evitarian muchas desgracias que ocurren en la parte operatoria de la Tocología ó en sus consecuencias, y que frecuentemente tenemos que deplorar por no conocer cada uno sus fuerzas, los recursos de que es capaz, y la importancia de los servicios que puede prestar en el desempeño de su difícil encargo.

La octava observacion es de un parto de gemelos, ambos del sexo femenino, en el que el primero nació de vértice á las cinco de la mañana, y el segundo ofreció una presentacion de hombro derecho, posicion céfalo-iliaca derecha, que exijió la version podálica. A pesar de haber trascurrido cuatro horas desde que se efectuó la espulsion del primero, y de la tentativa que habia hecho el profesor encargado del parto sin resultado alguno, la version no ofreció serias

dificultades, y se logró que saliera tambien vivo el segundo feto. El hallarse las dos manos fuera de la vulva no fué obstáculo para efectuar la version; pues al elevar el hombro derecho, desviándole sobre la fosa ilíaca del mismo lado, se redujo y colocó dentro del útero el brazo correspondiente. Sirva este hecho para demostrarnos la eficacia de los auxilios que se prestan á los fetos que nacen asfixiados, cuando se emplean con constancia y decidido empeño.

La novena observacion comprende un hecho bastante curioso de un parto en presentacion de hombro, que hizo necesaria la version podálica. El profesor encargado de la asistencia de la parturiente estrajo el tronco del feto; pero al llegar á la cabeza encontró dificultades invencibles, por lo que me llamó para hacer su extraccion. El obstáculo que la impedia, era un gran hidrocefalo que ocasionaba la falta de proporciones entre la pélvis y dicha region del feto. Si la presentacion hubiera sido de vértice, fácilmente se hubiera conocido la naturaleza del obstáculo, y una simple puncion hecha con un trócar hubiera resuelto la cuestion; pero como la cabeza estaba colocada por su base, llenando el estrecho superior, no pude apreciar el hidrocefalo; creyendo más bien que el espasmo uterino interviniese como principal causa en la imposibilidad de terminar el parto. Afortunadamente, la segunda aplicacion del fórceps, dislacerando las paredes de la cavidad craniana, dió salida á la

serosidad que contenia , reduciendo sus dimensiones y facilitando la salida de la cabeza. Es notable en este feto la coincidencia del hidrocéfalo con la espina bífida, que ofrecia en la region lumbar : padecimientos de la misma naturaleza, aunque ocupaban distinta localidad.

Las observaciones diez y once se refieren á abortos verificados á los tres meses de gestacion, con gran metrorrágia que reclamó la aplicacion del tapon vaginal, y por último la extraccion de la placenta. Notable es que la mayor parte de los abortos se verifiquen á los dos ó tres meses de embarazo ; pero lo es más que la matriz adquiera hábito para efectuar la espulsion del embrion en época determinada, repitiéndose este hecho en muchos embarazos sucesivos. La frecuencia de los abortos á los tres meses de preñez no tiene esplicacion satisfactoria, y debe estar unida á actos todavía misteriosos del desenvolvimiento del embrion. La ley del hábito no debe producir estrañeza , porque es un hecho general de observacion constituido en ley fisiológica , pues que á ella se hallan sometidos todos los órganos : no debe pasar desapercibida la útil aplicacion que tiene el taponamiento en las metrorrágias que acompañan á los abortos , cuando el ópio y el frio no han sido suficientes para dominarlas, y sobre todo cuando se tiene seguridad de que el aborto es inevitable. Con el taponamiento , la hemorrágia se detiene y se conjuran los sérios peligros que

ofrecen las grandes pérdidas de sangre. Por fin, téngase muy presente, que en estos casos, aun despues de hallarse desprendida la placenta total ó parcialmente, es un cuerpo ya estraño que por su presencia estimula y congestiona la matriz sosteniendo el flujo sanguíneo; siendo indispensable ir á buscarla y engancharla con dos dedos para estraerla, y cuando esto no es asequible, desmenuzarla.

La observacion décimasegunda se refiere á una hemorrágia consecutiva al parto, despues de la espontánea espulsion de la placenta: su causa era la inércia del tejido uterino, dependiente de la rapidez con que se verificó el parto; y se cohibió con la escitacion producida por la mano introducida en el útero, despues de haber dado salida á los coágulos que ocupaban su cavidad. Este medio mecánico, que he empleado diferentes veces para cohibir grandes metrorrágias en análogas circunstancias, es de seguro resultado, y puedo decir que nunca ha faltado á mis deseos. De accion más pronta que el centeno corniculado ó la ergotina, y más permanente que el hielo, me ha parecido siempre preferible á estos auxilios poderosos, principalmente cuando he tenido certeza de la indicacion que me proponia satisfacer, y docilidad en la púérpera para prestarse á la ejecucion de tan sencilla maniobra.

Las observaciones siguientes, desde la décimatercera hasta la décimasétima, comprenden

hechos de retencion de la placenta dentro del útero, despues de haber terminado la espulsion del feto, y por las diversas causas que intervienen generalmente en la manifestacion de dicho accidente. En la décimatercera, la placenta se hallaba desprendida, y si no se habia verificado su espulsion, era porque parte de ella no habia vencido la resistencia del cuello; de manera que su estraccion fué fácil. La décimacuarta ofrece la fatal combinacion de dos causas que suelen asociarse para impedir la salida de la placenta, y poner en grave compromiso la vida de algunas púerperas: adherencias íntimas y espasmo. No obstante, á pesar de haber sido llamado diez horas despues del parto, hice la estraccion con las dificultades que se encuentran en tales situaciones. En la décimaquinta hubo solo espasmo del útero, que procuré modificar con el reposo, bebidas diaforéticas y una cataplasma á la region hipogástrica; y como no habia hemorrágia que reclamase la pronta estraccion, la diferí hasta que encontré la matriz relajada, que fué á las once horas despues de la terminacion del parto. En la décimasesta existian fuertes adherencias, que tuve que desprender nueve horas despues de la espulsion del feto. En la décimasétima habia contraccion espasmódica del útero, producida artificialmente por el centeno corniculado, y grande metrorrágia, debida sin duda á desprendimiento parcial de la placenta: hice la estraccion á las treinta horas, despues de haber

reanimado las debilitadas fuerzas de la puérpera, y de modificar el estado del útero con el reposo y un baño general. El éxito fué feliz en el primer caso, sin que se presentára ningun accidente en el puerperio; y no menos lisonjero en el décimoquinto. En el décimocuarto se desenvolvió, segun fuí informado por el profesor que siguió encargado de la asistencia, una metroperitonitis que arrebató la vida de la puérpera. En el décimosesto se iniciaron los síntomas de tan terrible padecimiento; pero pudo conjurarse con una sangría y una aplicacion de sanguijuelas al abdomen y parte superior é interna de los muslos. En el décimosétimo el éxito fué infausto; pero segun las escasas noticias que recibí del profesor de cabecera, sucumbió la puérpera de una intermitente perniciosa. Vemos, pues, que entre estos cinco casos que exigieron la estraccion de la placenta, hay dos que terminaron desgraciadamente por la muerte; pero adviértase que en ellos se perdió la oportunidad de obrar, que siempre existe en las primeras horas que suceden al parto; que se hicieron repetidas tentativas de estraccion antes de convocarme, y que en una se administró el centeno corniculado, que me impidió operar hasta que pasaron sus efectos y la matriz quedó relajada. Es necesario persuadirse de que la estraccion manual de la placenta, hecha con la necesaria destreza, no puede ofender ni lastimar el tejido uterino; sobre todo si el profesor que la ejecuta sabe detenerse

prudentemente, cuando encuentra obstáculos invencibles; ora producidos por contraccion espasmódica, ora por adherencias íntimas y resistentes. El mayor número de los accidentes graves que sobrevienen en el puerperio despues de tales operaciones, no son debidos á estas, sino á predisposiciones especiales del aparato uterino, latentes durante la gestacion y el parto, que encuentran condiciones para su manifestacion, luego que se ha verificado la espulsion del feto y sus dependencias; ó á la morosidad con que se prestan los auxilios que reclama la permanencia de la placenta dentro del útero. Hago esta aclaracion con lealtad, para atenuar en el ánimo de mis comprofesores la mala impresion que pudiera producirles el resultado de la estadística en este año, por lo que respecta á tan terrible accidente. Ellos juzgarán en su buen criterio mi proceder, y darán el merecido valor á las diferentes circunstancias que quedan indicadas.

AÑO 1861.

Observacion 1.^a—Parto de vértice en una primeriza con estrechez de la pélvis y anasarca. —Inércia de la matriz durante el período espulsivo. —Estraccion con el fórceps de una niña muerta de todo tiempo.

Una señora, de edad de 30 años, temperamento linfático, constitucion débil, de baja estatura y de pélvis pequeña, habia padecido hace dos años un descenso de la matriz de segundo grado, con leucorrea, del que quedó curada á favor de un pesario y baños de mar. Se hizo despues embarazada, y en los dos últimos meses de la gestacion se infiltró, llegando á tener en los posteriores dias una anasarca. Cumplidos los nueve meses se le presentó el parto el dia 12 de enero á las cuatro de la mañana: pasó todo él con dolores preparantes, haciéndose muy lentamente la dilatacion del cuello; continuó en el mismo estado por la noche, hasta la mañana del domingo, en que la dilatacion era ya completa, y se rompió la bolsa de las aguas á las siete. La presentacion era de vértice, posicion occípito-anterior izquierda. Los dolores espulsivos fueron débiles, y hubo necesidad de reanimar la fuerza contractil de la matriz

con caldos frecuentes y sinapismo al abdómen. A medio día se hicieron enérgicos por dos horas, sin que lograra hacer descender la cabeza encajada en el estrecho superior. Era éste de reducidas dimensiones, como toda la escavacion, por ser la pélvis pequeña y el feto bien desarrollado; de modo que resultaba desproporcion entre sus respectivos diámetros. A duras penas, pudo vencerle y descender al tercio inferior de la escavacion á las cuatro de la misma tarde. A esta hora los dolores espulsivos cesaron casi completamente, y se le administró una dosis de seis granos de centeno corniculado, y se le aplicó otro sinapismo al abdómen. A los pocos minutos empezó á turbarse la inteligencia, se quejó de cefalalgia intensa, fijó la vista, y la creí amenazada de eclámpsia; por lo que dispuse que se le hiciese una sangría de cinco onzas de la mano, y á continuacion tomase un baño general de 27°, suspendiendo el centeno corniculado. Con la sangría se despejó, y recibió el baño con placer; pero apenas habian trascurrido unos diez minutos, sobrevinieron dos fuertes contracciones uterinas, é inmediatamente fué invadida de una accesion de eclámpsia. Mandé repetir la sangría, y acordé hacer la estraccion del feto con el fórceps, tan luego como se preparase lo necesario para dicha operacion. La cabeza del feto estaba ya en el estrecho inferior, los grandes lábios notablemente infiltrados; sin embargo, se hizo sin dificultad la aplicacion del fórceps de Mr. Velpeau, y con suaves tracciones salió una niña, sin dar señal alguna de vida. Hay que advertir, que despues de estraida la cabeza, los hombros ofrecian gran dificultad para atravesar la escavacion, y tuve necesidad de introducir la mano para buscar el posterior, engancharle y hacer sobre él tracciones, con lo que logré que saliese el tronco. Al cabo de un cuarto

de hora se desprendió, y salió la placenta espontáneamente, sin que volviera á presentarse la accesion de eclámpsia. El puerperio fué como podía esperarse: pasó el primer setenario con fiebre, tos, disnea, incontinen-
cia de orina, gangrena de la vagina y continuacion de la anasarca. Logró vencer esta situacion, y se restableció al cabo de algun tiempo; pero la quedó una fistula uretro-vaginal, que se hubiera curado á haber tenido más tolerancia para sufrir algalia permanente.

Observacion 2.^a—Parto en presentacion de vértice en una primeriza.—Inercia debida á la prolongacion de los dolores.—Estraccion con el fórceps, hecha con buen éxito para la madre y el feto.

Una señora, de edad de 20 años, temperamento linfático nervioso, primeriza, que habia tenido buen embarazo, sintió dolores de parto el dia 23 de diciembre, pero con el carácter de precursores: el dia 24 se hicieron preparantes, y empezó á notar alguna dilatacion del cuello el profesor que la asistia. Fué lento este trabajo del parto, como suele acontecer en las primerizas, y en la madrugada del dia 25 se rompió la bolsa amniótica, empezando el período espulsivo. Dilatado completamente el cuello uterino, descendió el vértice del feto, desnudo de membranas, á la escavacion. En el trascurso del dia fué avanzando lentamente, y llegó al estrecho inferior á las tres de la mañana del dia 26. Desde esta hora, las contracciones de la matriz se hicieron irregulares y débiles, y el feto permaneció á la misma altura, á pesar de haber tomado un baño general la parturiente. A las siete de la mañana del mismo dia, fui llamado á consulta, y la encontré desalentada, febril, y el vértice del feto en el estrecho inferior.

Aconsejé que se repitiera el baño, y se la permitiese algun reposo en la cama. Se hizo todo lo prescrito; pero inútilmente, pues la matriz no recobró sus fuerzas, y el feto permaneció en el mismo punto. A las doce del mismo día, conociendo que era ya arriesgado esperar que el parto terminase espontáneamente, apliqué el fórceps, y logré estraer una niña viva, aunque algo asfixiada. La sangría del cordon umbilical, fricciones y un baño caliente con agua de colonia, fueron suficientes para conseguir que se estableciese la respiracion. La placenta se desprendió espontáneamente, y el puerperio fué regular, á pesar de que la puérpera tuvo fiebre por dos dias en la época de la secrecion láctea.

Observacion 3.^a—Parto en presentacion de hombro derecho.—Posicion céfalo-ilíaca derecha con prolapso del cordon umbilical, y buen éxito para la madre.

Una señora, de edad de 36 años, que habia tenido seis partos naturales, se hallaba embarazada de todo tiempo, cuando se le presentaron dolores de parto el 7 de agosto á las cuatro de la tarde. A las nueve de la noche se rompió la bolsa amniótica, y se suspendieron las contracciones uterinas hasta las siete de la mañana del 8, en que aparecieron nuevamente. El cuello iba dilatándose con lentitud, y el profesor encargado de la asistencia del parto exploró á la parturiente, y tocó una mano; pero luego que fué descendiendo el hombro, la confundió con una presentacion de nalgas, en razon á que habia sacado teñida la mano de meconio. Los dolores se hicieron francamente espulsivos, y se deslizó una gran asa de cordon, que bajó hasta las partes genitales esternas. Intentó reducirla; pero fué vano su empeño, porque no pudo conseguirlo. La parturiente estaba ya

alarmada; y viendo que nada adelantaba el parto, me llamaron á consulta. Encontré á dicha parturiente muy agitada, febril, con gran sed, encendimiento del rostro, matriz dura y sensible, y dolores espulsivos violentos. La reconocí, y me pareció dudosa la presentacion, por llevar ya prevenida mi mente con las noticias que habia recibido del profesor de cabecera. La mandé sangrar, y la aconsejé que no hiciera esfuerzos, procurando apagar su sed con agua azucarada. Al poco tiempo, con el esfuerzo de una fuerte contraccion uterina, se deslizó un brazo y apareció la mano en la vulva: la reconocí con detencion, y me hice cargo de que era una presentacion de hombro derecho, posicion céfaloiliaca derecha con prolapso del cordon umbilical y muerte evidente del feto. Sin dilacion decidí hacer la version podálica, porque las contracciones uterinas que repetian con violencia, obligaban á la parturiente á hacer esfuerzos contra su voluntad, y se iba encajando el hombro en la escavacion. Se la colocó en la posicion acostumbrada, y con la mano derecha procuré elevar el hombro y desviarle hácia la fosa iliaca del mismo lado, lo que ofrecia dificultades por el estado de contraccion del útero; pero al fin me hice paso y penetré dentro de su cavidad. Fuí avanzando lentamente, siguiendo el plano lateral derecho del feto hasta llegar á las nalgas y estremidades inferiores. No pude asir mas que un muslo, y sucesivamente la pierna, que hice bajar hasta la vulva: apliqué un lazo al pié, y fuí á buscar el otro; pero no pude alcanzarle; y haciendo tracciones sobre el primero, auxiliado de los esfuerzos de la matriz, hice con facilidad la extraccion de un feto del sexo masculino y de desmesurada magnitud. La placenta salió espontáneamente al cabo de media hora, y la púérpera quedó en buen estado, aunque febril. Al

siguiente dia, la reaccion habia ya terminado, y despues el puerperio siguió una marcha regular.

Observacion 4.^a — Parto prematuro á los ocho meses con metrorrágia. — Buen éxito para la madre y el feto.

Una señora, de edad adulta, de temperamento nervioso, que habia tenido ya otros tres partos, y el primero bastante penoso con accesiones convulsivas, se hallaba embarazada nuevamente de unos ocho meses, cuando sin causa conocida se le presentó una metrorrágia en la madrugada del dia 27 de febrero. Cesó pronto; pero repitió á la misma hora del dia siguiente. El profesor encargado del parto empleó agua acidulada con ácido sulfúrico, mistura astringente de Silvio y fomentos de oxicato al abdómen. A pesar de estos auxilios, unidos á la quietud, continuó la metrorrágia en regulares proporciones, y con este motivo me convocaron á consulta. La encontré pálida, abatida, sin dolores de parto y sin ninguna dilatacion del cuello uterino. Convine en la necesidad de insistir en los mismos medios, á los que añadí una disolucion concentrada de ratania; advirtiendo que si la metrorrágia aumentaba, se le aplicase taponamiento. Pasó de este modo la noche del segundo dia; pero en la mañana del tercero volvió á hacerse más copioso el flujo, por lo que ya no vacilé en aplicarle el tapon metódicamente. Poco despues de una hora principiaron á manifestarse contracciones uterinas, que fueron repitiendo con frecuencia é intensidad, hasta que en una de ellas lanzó el tapon; y explorada entonces, encontré completamente dilatado el cuello de la matriz y formada la bolsa, tocándose el vértice por detrás de la sínfisis pubiana. La hemorrágia habia cesado, y el parto parecia próximo á terminarse. En

efecto: al cabo de tres horas se verificó la espulsion de un niño vivo, aunque algo asfixiado. La placenta salió á los pocos minutos, de un modo espontáneo. El puerperio fué regular; no hubo síntomas de metroperitonitis ni metrorragia: sin embargo, la púérpera estuvo febril desde el primer día, ofreciendo remisiones por la mañana, y exacerbaciones por la tarde: el flujo loquial continuó sin interrupcion; la secrecion láctea se presentó, aunque con escasez. La fiebre cesó al sétimo día, y entró en convalecencia.

Observacion 5.^a—Inversion uterina ocurrida al hacer la extraccion de la placenta.—Metrorragia grave.—Desprendimiento de la placenta.—Reduccion completa con feliz éxito.

Una señora, de edad de unos 30 años, temperamento nervioso, que habia tenido otro parto sumamente lento, aunque de buena presentacion, se le manifestó el segundo en la madrugada del día 27 de mayo. Los dolores preparantes duraron hasta las diez y media, en cuya hora se rompió la bolsa amniótica y se hicieron espulsivos. Estos fueron débiles, ocasionando que el parto se prolongase hasta la una de la tarde, en que terminó espontáneamente y en presentacion de vértice. A poco tiempo, segun me manifestó el profesor encargado del parto, descendió con la placenta un cuerpo voluminoso adherido á ella, y que creyó fuese una mola. Desprendió aquella, é introdujo en la vagina sin pérdida de tiempo el cuerpo que él suponía ser mola. Hubo grande hemorragia, con lipotimias y concentracion del pulso, procurando cohibirla á favor de fomentos de agua fria al abdómen, y quietud en posicion horizontal. De este modo permaneció la púérpera hasta las tres de la

tarde, en cuya hora la ví en consulta. Después de haber oído los antecedentes que quedan espuestos, procedí á reconocerla con la sospecha de que el accidente fuese una inversión uterina. Bien pronto se convirtió esta en realidad: explorada por la vagina, encontré que ocupaba su cavidad un tumor de la magnitud de la cabeza de un feto, duro, de forma esferoidea, con desigualdades en alguna estension de su superficie, que parecían restos de placenta, y envuelto en grandes coágulos de sangre: estaba limitado, por su parte superior, por el fondo de la vagina, sin que se manifestase indicio de cuello. El abdómen estaba flexible, y no se encontraba en él el globo uterino. La púérpera sumamente pálida; decia que se le quitaba la vista con frecuencia, sentia dolores hácia el ano, y tenia el pulso bastante deprimido. Del reconocimiento practicado, deduje que la matriz estaba todavía completamente invertida, y que era de absoluta necesidad la reduccion. Colocada la púérpera en decúbito supino y con las estremidades inferiores en flexion, introduje la mano derecha en la vagina, y abarcando con ella el tumor que formaba la matriz, empecé á hacer compresiones con el objeto de desengurjitarla; observé al cabo de algun tiempo que disminuia de volúmen, y las continué con fé. Luego que disminuyó su consistencia, con las estremidades de los dedos reunidos en forma de cono, comprimí el centro y empezó á ceder, obediendo al impulso de la mano. Interrumpí varias veces estas compresiones, dando algun respiro á la enferma y haciendo fricciones en el hipogástrico. Continuando de este modo con paciencia y perseverancia, fué entrando el fondo y volviéndose la matriz, hasta que vencida la resistencia, penetró toda al través del cuello, y con ella la mano, que quedó alojada en su cavidad. Froté suavemente su superficie

interna, y exteriormente hacía lo mismo con la otra mano colocada en el hipogástrico, hasta que sentí las contracciones; en cuyo momento la estraje, llevándome hácia afuera los coágulos y alguna parte de membranas que habia en la vagina. Cuando la matriz invertida empezó á disminuir de volúmen por la compresion, sentí ruido de borborismo, lo que me hizo sospechar que hubiese alguna asa de intestino delgado, alojada en la cavidad de la matriz invertida, y que de no haber hecho la reduccion se hubiera indefectiblemente estrangulado. Desde que se hizo la reduccion, la púérpera quedó animada; le cesaron los dolores que sentia hácia el intestino recto, y empezó á establecerse una suave reaccion. El puerperio fué regular y se restableció completamente.

Observacion 6.^a—Embarazo molar.—Muerte probable del embrión á los primeros meses.—Espulsion de una mola carnosa á los seis con metrorragia.

Una señora, de edad de 29 años, que habia tenido tres partos de todo tiempo y felices, se hallaba ahora, segun su cálculo, embarazada de unos seis meses. Segun informes del marido, hacía uno que tenia flujo seromucoso algo teñido de sangre y con alguna fetidez. Ocho dias antes de la espulsion de la mola, tuvo, estando en la cama, una metrorragia leve, que se cohibió inmediatamente. Al cabo de una semana de este suceso, repitió la metrorragia con más intensidad, y se hizo continua, sin ir acompañada de dolores que anunciaran trabajo de espulsion. El profesor que la asistia, recurrió á los astringentes: disolucion de tanino, de ratania, limonada sulfúrica y fomentos de agua de nieve, sin resultado. Llevaba veinticuatro horas en este estado

cuando fui llamado á consulta. La encontré pálida, con pulso algo débil, sin dolores y alarmada con la continuacion del flujo. Decia que habia tenido seis faltas de menstruacion; que durante las primeras habia sentido los desarreglos del tubo digestivo, propios del embarazo, y percibido movimientos activos del feto, haciéndose la ilusion de que los habia apreciado poco antes de mi llegada. Encontré el fondo de la matriz á tres dedos encima de los púbis; sus paredes no ofrecian dureza, ni se tocaba ninguna eminencia fetal. Hecha la exploracion por la vagina, se alcanzaba el cuello uterino elevado; engrosado el lábio anterior, blando y ligeramente entreabierto; la matriz dilatada, ofreciendo el volúmen de una granada regular. No pude apreciar movimiento activo ni pasivo del feto. Consideradas todas estas circunstancias, manifesté que habia un padecimiento uterino que probablemente era una metritis catarral del cuello; pues dicha señora habia padecido una leucorrea antigua, y que además creia que habia gestacion, perturbada en su curso por cualquier causa accidental; en cuya consecuencia debió sobrevenir la muerte del embrión, continuando los anejos dentro del útero y nutriéndose hasta el punto de constituir un embarazo molar. Dije tambien que no podia haber en este juicio completa certidumbre; pero que lo consideraba probable. Aconsejé en este concepto, sobre los medios ya indicados por el profesor de cabecera, el taponamiento, hecho con torundas ensartadas en forma de rosario, é impregnadas en una disolucion de percloruro de hierro. Hízose, en efecto, y la hemorrágia quedó detenida, descansando la enferma toda la noche. A la mañana siguiente á las doce empezó á sentir dolores espulsivos con alguna hemorrágia; y continuando con intensidad y bastante frecuencia, espulsó á las cuatro una mola

carnosa de forma ovoidea, hueca, y que podía compararse á un corazon de regulares dimensiones. Estaba constituida por la placenta hipertrofiada: su cara interna vestida del ámnios, con algunas abolladuras debidas á cotiledones exageradamente nutridos; su consistencia era mayor que la correspondiente al estado normal. Despues de la salida de dicha produccion orgánica, la hemorrágia cesó y se suspendieron los dolores, quedando en estado de calma. No sobrevino ningun accidente ulterior.

Observacion 7.^a—Gestacion de tres meses.—Metrorrágia al tercero.—Espulsion de una mola de regulares dimensiones.—Exito funesto.

Una señora, de edad de 38 años, de temperamento linfático nervioso, que habia ya tenido cuatro partos de tiempo y naturales, despues del segundo quedó, segun me informó, con un padecimiento uterino: se marchó á París, y fué asistida por Mr. Dubois, que le hizo numerosas cauterizaciones para destruir las granulaciones que tenia en el cuello de la matriz. Despues tomó los baños de Cauterets y quedó restablecida. No habia tenido ningun desórden menstrual, hasta hace tres meses que le faltó la regla y sintió las molestias que ocasiona un embarazo reciente: al principio del tercero, al corresponderle la tercera falta, se le presentó un flujo sanguíneo, y continuó con alternativas durante todo el mes de enero. En los últimos dias se agravó notablemente su situacion, y fuí llamado á consulta el dia 1.^o de febrero. Estaba dicha señora sumamente abatida, con el semblante desencajado: tenia incoherencia de ideas, lengua seca, fiebre con gran frecuencia y pequenez de pulso. La matriz, dilatada, ocupaba la region sub-

umbilical, y de tiempo en tiempo se contraía: explorada por la vagina, se tocaba el cuello abultado y muy prolongado, especialmente el lábio anterior; el dedo no podía pasar del orificio interno; el cuerpo de dicho órgano se alcanzaba y parecía dilatado, en términos de no dejar espacio entre él y la sínfisis pubiana. Después de practicado el reconocimiento con detención y de haber oído á los profesores encargados de la asistencia, manifesté que habia dos hechos que considerar: el infarto de la matriz y su complicacion con un embarazo anormal; que era probable que el embrión hubiese muerto y se encontrasen los anejos dentro de la matriz, siendo la causa de la continuacion de la metrorragia y de la fiebre nerviosa que se presentaba hacia algunos dias. Propuse, como base del tratamiento, la ergotina en disolucion (Ergotina de Bonjean, un escrúpulo; agua destilada, 4 onzas. D. e), alternando con una alimentacion conveniente. En efecto, la metrorragia se detuvo, y la matriz se retrajo, disminuyendo su volumen, pero sin presentarse ninguna dilatacion del cuello. El dia 3, á las doce de la noche, se le manifestó una accesion de eclámpsia, que repitió al poco tiempo, y me llamaron con urgencia. Después de mi llegada se reprodujo la accesion con forma muy grave, y muy duradera. La reconocí, y empezaba á dilatarse el orificio interno, puesto que me permitió pasar la yema del dedo índice y penetrar en la cavidad uterina, tocando con evidencia un cuerpo blando, que me pareció la placenta. Conociendo entonces que si habia alguna esperanza consistia en facilitar la espulsion de los anejos del embrión, le dispuse una pocion antiespasmódica á cucharadas, é inyecciones vaginales de agua templada. Se le hicieron dos en poco tiempo, y en seguida procedí á aplicarle una cuña de esponja preparada en el cuello

uterino, que conservó por cuatro horas, sin que repitiese la accesion. La estirpe entonces, y pude hacer penetrar todo el dedo en la cavidad de la matriz, sin lograr la introduccion de ningun otro; y procuré, dándole movimientos en diferentes sentidos, comprimir y dislacerar la parte de placenta accesible. Repetí luego la cuña de esponja preparada, y la estirpe á las doce, unas cinco horas despues de su aplicacion; pero sin conseguir dilatacion suficiente para penetrar con la mano dentro del útero y estirper el cuerpo que ocupaba su cavidad. A las seis de la misma tarde, y despues de haber usado algunas inyecciones de infusion de manzanilla, se presentaron contracciones uterinas, y á las nueve verificó la espulsion espontánea de una mola, que tendria el volúmen de una granada. Era carnosa y estaba constituida por la placenta hipertrofiada, con algunos hidátides que ocupaban parte de su masa. Quedó sumamente abatida: se le dispusieron caldos frecuentes, disolucion de ergotina á cucharadas si aparecia flujo sanguíneo, teniendo nieve á prevencion para el caso en que se hiciese necesaria. A las tres de la mañana sucumbió, segun me informaron, despues de la espulsion de otra porcion de mola de la misma naturaleza y de menor volúmen.

Observacion S.^a—Retencion de la placenta por adherencias.—Inércia del útero.—Metrorrágia grave.—Estraccion.—Buen éxito.

Una señora, de edad de 54 años, de temperamento linfático, que habia tenido ya otros partos, y en el penúltimo una accesion de eclámpsia, tuvo el postrero en la mañana del 7 de marzo. Fué este feliz y duró unas seis horas; pero no se verificó la espulsion de la

placenta: la matriz quedó inerte y apareció una grave metrorragia. El profesor encargado del parto la colocó en cama, y le administró pequeñas dosis de centeno corniculado; y observando que el flujo seguía, me llamó á consulta. A las siete de la mañana ví á la puerpera con gran palidez, abatimiento, ruido de oídos y muy deprimido el pulso. La matriz estaba blanda y dilatada; su fondo subía por encima del ombligo; la hemorragia continuaba. En esta situación, la indicación era urgente; había que extraer la placenta sin demora, y solicitar la contracción de la matriz. Introduje la mano derecha en la cavidad uterina, y hallé la placenta en parte adherida al fondo; tuve que desprenderla y frotar la superficie interna de dicho órgano, estrayendo, además de la placenta, gran cantidad de coágulos. Se contrajo el útero y cesó la metrorragia. El puerperio fué natural, y la puerpera se restableció completamente.

Observacion 9.^a— Aborto de tres meses.— Metrorragia grave.— Estracción de la placenta.— Buen resultado.

Una señora, de salud delicada y que padecía una sífilis constitucional, se hallaba embarazada de tres meses, cuando se le presentaron indicios de aborto; es decir, metrorragia, que fué aumentando gradualmente sin aparecer contracciones uterinas. Espulsó el embrión á las diez de la mañana; pero quedó retenida la placenta, como sucede frecuentemente, dando lugar á una imponente metrorragia. El profesor de cabecera usó el centeno corniculado á la dosis de 6 granos, repetido con cortos intervalos, sin que se manifestáran contracciones uterinas. A la una de la madrugada había ya tomado 48 granos; y aunque empezaba á haber reacción, no se despertaba, sin embargo, la acción de la

matriz, por lo que fui llamado á consulta. Al esplorarla con el tacto, encontré parte de la placenta desprendida fuera del cuello uterino, y la restante dentro de la cavidad de dicho órgano. Fué suficiente que asiera con dos dedos la parte accesible, y aconsejar á la enferma que hiciese un ligero esfuerzo para que descendiese en totalidad la placenta, cayendo sobre mi mano. Quedó luego en buen estado; se detuvo la hemorrágia y no tardó en restablecerse.

Observacion 10.^a— Detencion de la placenta por adherencias.— Descomposicion pútrida.— Flujo fétido.— Estraccion al cuarto dia con feliz éxito.

Una señora, que habia parido felizmente el dia 26 de mayo á las once de la mañana, á pesar de haber transcurrido más de un cuarto de hora, no espulsó la placenta: y haciendo con este motivo el profesor encargado del parto alguna tentativa para su estraccion, se convenció de que estaba íntimamente adherida al útero. La dejó tranquila en cama, sin metrorrágia ni contracciones uterinas: por la noche repitió sus esfuerzos sin resultado. Al dia siguiente, reunido con otro profesor, administraron á la puerpera jarabe de ergotina; y observando que la matriz continuaba inerte á pesar de su uso, emplearon al tercer dia centeno corniculado (12 granos en dos dosis), sin que la matriz saliera de su estado de inercia. En el mismo dia por la tarde tuvo la recien-parida frio, al que sucedió fuerte calentura, seguida de copiosos sudores; la matriz se puso sensible, y el flujo loquial bastante fétido. Al cuarto dia su estado era el mismo, notándose alguna remision en la fiebre, por lo que me convocaron á consulta. La placenta estaba en parte desprendida é invaginada, y la restante dentro

del útero. Decidimos en consulta la estraccion, á fin de evitar la putridez del útero y la septicemia consecutiva, que ya se anunciaba. Estraje la placenta sin dificultad, rompiendo las adherencias que aun conservaba, á favor de un movimiento de torsion dado á la parte que habia invaginada. Se la fajó en seguida y se le dispusieron caldos ténues, inyecciones de cocimiento de manzanilla á la vagina y cataplasma laudanizada al vientre, no habiéndose presentado ninguna consecuencia ulterior. Su restablecimiento fué rápido.

Observacion 11.^a — Retencion de la placenta por inércia de la matriz. — Estraccion con buen resultado á las cuarenta horas.

Una señora, de edad de 30 años, temperamento linfático nervioso, tuvo su primer parto con felicidad, no ofreciendo otra cosa notable mas que lentitud en la dilatacion del cuello uterino. Terminada la espulsion del feto, y trascurrido más tiempo que el necesario para que saliera la placenta, el profesor encargado del parto empleó fricciones al abdómen, y tracciones sobre el cordon umbilical con el objeto de escitar la contraccion de la matriz, y facilitar el desprendimiento de aquella. Observando que no lograba sus deseos, la colocó en cama y la sometió al sencillo régimen de las púerperas, confiando á la naturaleza la espulsion. Por fortuna no hubo grande hemorrágia, y fué contemporizando hasta las treinta horas, en que la púerpera sintió lipotimias y otros fenómenos que revelaban pérdida de sangre. En estas circunstancias hizo una tentativa de estraccion; pero sin resultado. Acordó entonces llamar á otro profesor en consulta, y ambos, en vista de la gravedad del caso, resolvieron convocarme para operarla. Cuarenta

horas habian trascurrido desde el momento del parto, cuando la ví por primera vez. Estaba entonces la matriz blanda, dilatada al parecer por coágulos y la placenta; habia flujo fétido por la vagina, pulso débil y grande agitacion moral. Decidí inmediatamente la estraccion, y la efectué sin dificultad, encontrando la placenta envuelta en gran cantidad de coágulos y sangre líquida que salieron con ella. La matriz se contrajo por la escitacion de la mano. Se le prescribió caldo de ternera y gallina, limonada sulfúrica, débilmente ácida, para bebida, é inyecciones de infusion de manzanilla á la vagina cada seis horas. Supe despues de cuatro dias por los profesores encargados de su asistencia, que no se habia presentado ningun accidente, y que el puerperio seguia su marcha natural.

Observacion 12.^a—Retencion de la placenta por adherencias.—Desprendimiento parcial.—Metrorragía grave.—Estraccion á las dos horas y media despues del parto.—Terminacion infausta.

Una señora, de unos 36 años, temperamento linfático, habia tenido varios partos naturales, presentando metrorragías graves antes de verificarse la espulsion de la placenta. En el penúltimo, que se efectuó dos años há, fué tal la metrorragía, que tuvieron que avisarme para hacer la estraccion de la placenta, y tardó cinco horas en rehacerse, salvándose inesperadamente. El último parto ocurrió el dia 12 del mes de diciembre: fué natural y de poca duracion segun me informaron. Tan luego como salió el feto apareció la metrorragía, y me buscaron por espacio de dos horas y media sin encontrarme. Al cabo de este tiempo recibí el aviso; y aunque fuí inmediatamente para prestar á la púerpera los

auxilios que necesitase , llegué cuando estaba ya casi sin vida. Tenia una palidez estremada , el semblante descompuesto , un frio glacial , sin pulso apreciable. La matriz dilatada á la altura del ombligo y blanda , indicando gran metrorrágia interna. Se habian empleado cordiales , vino , caldo y aplicado nieve al hipogástrio; pero sin éxito. El profesor encargado del parto habia intentado dos veces la estraccion de la placenta , y se detuvo al encontrar adherencias. En tan lamentable situacion , y pensando que la única esperanza de vida consistia en contraerse rápidamente la matriz , y que la accion de los medios terapéuticos que se usasen con este objeto , habia de ser necesariamente lenta , me decidí á hacer la estraccion de las secundinas. La verifiqué , en efecto , teniendo que desprender las adherencias que conservaba la placenta , en su mayor parte con el fondo uterino : salió gran cantidad de sangre líquida y coagulada. Esperé , con la mano dentro del útero , á que las contracciones me obligasen á sacarla. La matriz quedó bien contraida y no volvió á aparecer la metrorrágia. Sin embargo , no pudo verificarse la reaccion: continuaron las lipotimias , la inquietud , la fatiga , la ansiedad epigástrica; y á pesar de administrarle caldos , vino de Jerez , bebida antiespasmódica , y de aplicarle un sinapismo al epigástrio y caloríferos alrededor del tronco , sucumbió una hora despues. La estraccion de la placenta se hizo tarde , cuando habia ya perdido la cantidad de sangre que sus órganos necesitaban para el sostenimiento de la vida ; y el sistema nervioso , desprovisto del conveniente estímulo , no pudo despertar la actividad del centro circulatorio para la reaccion fisiológica , que es el áncora de salvacion.

Observacion 13.^a—Aborto de tres meses.—Metrorrágia lenta.—Estraccion de la placenta á los ocho dias.—Buen éxito.

Una señora, de edad adulta, que habia tenido varios partos, se hallaba en el tercer mes de su último embarazo, cuando sin causa conocida empezó á apercibirse de un ligero flujo sanguíneo, lento, por las partes genitales. Al dia siguiente aparecieron dolores vivos, indicando contracciones de la matriz, y la metrorrágia adquirió mayores proporciones. El profesor encargado de la asistencia le administró una disolucion de percloruro de hierro, limonada sulfúrica para bebida, y fomentos de agua y vinagre al abdómen. Estos auxilios, unidos á la quietud, tuvieron á raya la metrorrágia; pero se sostuvo por espacio de ocho dias, poniendo en alarma á la familia la continuacion del flujo. En esta ocasion fuí llamado á consulta; y haciendo la exploracion por la vagina, hallé flotando en el cuello uterino la placenta, que aún conservaba algunas adherencias con el fondo de la matriz. La enganché con dos dedos, y haciendo tracciones suaves, se desprendió en dos fragmentos. La matriz se contrajo y la hemorrágia cesó; sin que se presentasen otras consecuencias que la debilidad, producida por las pérdidas de sangre que habia experimentado.

Observacion 14.^a—Retencion de la placenta por adherencias.—Metrorrágia grave.—Estraccion á las tres horas.—Fiebre puerperal.—Exito ignorado.

Una señora, de unos 50 años de edad, bien constituida, tuvo un parto de curso natural y que duró breves horas. La placenta no fué espulsada, y se presentó metrorrágia: los dos profesores que la asistian emplearon

astringentes, la accion del frio y el centeno corniculado. A pesar de estos medios no se desprendió; y continuando la metrorrágia, me llamaron á las cuatro de la mañana para extraerla. Estaba la púérpera anémica, con señales evidentes de la pérdida de sangre que habia sufrido; pero conservaba pulso y calor, y no habia lipotimias. En esta situacion me decidí á hacer la extraccion de la placenta, que encontré tan adherida, que tuve que dejar en el fondo un fragmento sin desprender, procurando deshacerle con las yemas de los dedos. La matriz se contrajo y la hemorrágia se detuvo; le aconsejé el uso de la ergotina (2 granos cada dos horas), para que fuera eliminándose la parte que quedaba á favor de la retraccion de la matriz. Se eliminó, en efecto; pero se desenvolvió una fiebre puerperal, cuyo éxito me es desconocido por no haber estado encargado de su asistencia.

REFLEXIONES.

El primero de estos hechos se refiere á un parto de vértice, ocurrido en una primeriza mal conformada, y que en la última época de la gestacion se infiltró, ofreciendo un estado de anasarca. La debilidad de su constitucion y la prolongacion del parto, como de primeriza, fueron causa de que la matriz cayese en una inercia atónica durante el periodo espulsivo. Se emplearon para reanimar las contracciones uterinas los medios que la ciencia sugiere y con la gradacion que exige la prudencia: caldos, sinapismo al abdómen y una dosis de centeno corniculado.

Pero cuando se estaba usando este tratamiento terapéutico, ofreció algunos síntomas nerviosos, precursores de una eclámpsia inminente, que se realizó, á pesar de la sangría preventiva que se hizo sin demora alguna. Tomó, luego que pasó la accesion, un baño general templado para tranquilizar al sistema nervioso y regularizar su accion, y en seguida hice la extraccion del feto con el fórceps. En el puerperio aparecieron escaras en la vulva y vagina, y al desprenderse dejaron una fistula uretro-vaginal, que tenia condiciones de curabilidad, si la enferma se hubiese sometido dócilmente á mis consejos. Este hecho viene á comprobar lo que la observacion tiene ya consignado en Tocologia: que la eclámpsia, durante el parto, se desenvuelve en las primerizas, y de preferencia en las infiltradas; circunstancia que se ha pretendido explicar por la alteracion de la sangre que precede á las sufusiones serosas, y principalmente por la disminucion de la albúmina. Y en efecto: no puede negarse que la desproporcion de los elementos constitutivos de la sangre ha de descomponer y desordenar la accion nerviosa, predisponiendo á graves desórdenes, como los de la eclámpsia, que hace más fácil la escitacion determinada por los dolores de parto. Comprueba tambien la frecuente aparicion de la gangrena en las partes genitales cuando se hallan edematosas, y particularmente si han sufrido largo tiempo la compresion producida por la cabeza del feto, ó

la de instrumentos destinados á terminar dicha funcion.

El segundo de los hechos consignados en este año es una evidente demostracion de los felices resultados que se obtienen de la terminacion artificial del parto, cuando se efectúa con la necesaria oportunidad. Trátase de una primeriza de buenas condiciones, cuya matriz, despues de haber trabajado con energía, se cansó hasta el punto de suspenderse los dolores y quedar en un estado de inercia. Ya en otras ocasiones hemos tenido lugar de hacer presente esta fatiga muscular, producida por un escesivo y prolongado ejercicio. El reposo y algun baño general templado suelen bastar algunas veces para que la matriz recobre su energía, y vuelva á continuar el curso natural del parto, interrumpido por la mencionada causa; pero en el caso á que nos referimos no bastó este procedimiento, y fué menester recurrir al fórceps, estrayendo una niña viva, y quedando la madre en tan buen estado, que no hubo accidente alguno que combatir en el puerperio.

La tercera observacion comprende un parto en presentacion de hombro derecho, posicion céfalo-iliaca derecha con prolapso del cordon umbilical. Hubo de notable en este caso el error cometido por el profesor de cabecera, confundiendo la mencionada presentacion con una de nalgas, sin otro fundamento que el salir la mano teñida de meconio en el acto de explorar á la

parturiente. Este dato no es de ningun valor para apreciar y reconocer una determinada presentacion; pues se manifiesta en todas, siempre que la vida del feto se encuentra amenazada de sérios peligros, por la compresion que sufre el cordon umbilical entre el feto y la matriz, ó entre aquel y las paredes de la pélvis. No obstante, es más comun en las presentaciones de nalgas, y entonces son menores su importancia y trascendencia; porque la compresion que vá sufriendo el feto al atravesar la escavacion pelviana, dá razon de la salida de las heces fecales contenidas en los intestinos. En el presente caso se me ofrecieron dudas al calificar en mi primera exploracion el modo de presentarse el feto, porque mi mente iba ya prevenida por las noticias que recibí del profesor encargado del parto; y esta circunstancia merece ser mencionada para evitar prevencion de todo género, cuando se trata de explorar á una parturiente; pues el llevar el ánimo preocupado ofusca y conduce fácilmente á errores de sentido, que pueden ser nocivos al decidir los auxilios que el parto reclame para su terminacion.

La version podálica la efectué, asiendo únicamente una estremidad inferior, lo cual suele acontecer algunas veces cuando no pueden asirse las dos; y no ofrece inconveniente si la estremidad que se ha cojido es la posterior, es decir, la que mira á la pared posterior de la pélvis; pues haciendo entonces las tracciones

con inteligencia, se consigue que el tronco del feto descienda sin apartarse de la direccion del eje de aquella.

La muerte del feto no puede ocasionar estrañeza, teniendo en cuenta la procidencia del cordon umbilical que acompañó desde el principio á la presentacion mencionada, y lo fatal que es para la vida del feto este accidente, cuando la compresion de dicho vástago vascular es inevitable.

El cuarto hecho se refiere á un parto prematuro de ocho meses con metrorrágia grave, y feliz éxito para la parturiente y el feto. Desde que comenzó el parto apareció la metrorrágia, que fué graduándose, á pesar de los oportunos auxilios terapéuticos, hasta que se hizo necesario el taponamiento. Se empleó este medio con el resultado que era de esperar; deteniendo la metrorrágia, activando y favoreciendo la dilatacion del cuello, con lo cual quedó de este modo convertido el parto en una funcion fisiológica. La metrorrágia no podia ser dependiente sino de desprendimiento parcial de la placenta por contigüidad al cuello uterino; y en esta situacion, el tapon metódico facilita la formacion de coágulos que obturan los vasos dislacerados, y al mismo tiempo presta humedad, que reblandece el cuello de la matriz; siendo por su presencia un estímulo que aguija y escita la accion contractil de las fibras musculares del cuerpo de dicho órgano, produciendo la dilatacion de las circulares, que forman una especie de esfínter.

Es, pues, en estos casos un poderoso recurso para el Tocólogo, que evita las pérdidas de sangre y apresura el parto, poniéndole en condiciones de poder terminarse espontánea ó artificialmente.

La fiebre que tuvo la puérpera en los primeros días, consecutivos al parto, fué leve y sin localización; de manera, que pudiera creerse que era continuación de la reacción fisiológica, prolongada tal vez por las pérdidas de sangre que produjo la metrorragia, y su temperamento excesivamente nervioso.

En el quinto hecho se consigna un caso de inversión uterina, semejante á otro que queda ya referido en esta CLÍNICA, y en el que se efectuó la reducción del útero con igual éxito. La matriz estuvo completamente invertida, sin que pudiera averiguar la causa, dando lugar á los síntomas graves é imponentes que determina siempre dicho accidente, ocurrido despues del parto. El profesor encargado de la asistencia se limitó á desprender la placenta, y colocar la matriz dentro de la vagina. Este proceder, que he visto ya en dos ocasiones, seguido por prácticos de conocida reputación, merece severa censura; pues deja á la parturiente abandonada á los mismos ó mayores peligros que cuando el útero invertido sale fuera de la vulva. En efecto: desprendida la placenta, y no pudiendo contraerse la matriz, la hemorragia no debe cesar, y solo disminuye cuando fuertemente ingurjitada por la posición

que ocupa, queda como estrangulada por el cuello; y por otra parte, si dicha situacion se prolonga, no tarda en sobrevenir una grave inflamacion, que se trasmite al peritoneo y arrebatada en breve tiempo la vida; sin contar con la eventualidad de una asa intestinal que haya descendido á la cavidad de la matriz invertida, y sufra las consecuencias de una compresion eficaz y permanente.

A la vista de tan grave compromiso, es menester que el Tocólogo no se detenga, cuando haya logrado introducir en la vagina el tumor formado por la matriz; sino que continúe sus esfuerzos con perseverante voluntad; pues aunque se halle congestionada y encuentre dificultades para atravesar el cuello, la compresion inteligente y sostenida hecha por el profesor, reduce el volúmen de la matriz y vence al fin la mencionada resistencia, salvando á la parturiente de los peligros de tan apurada situacion.

En la observacion sesta se trata de una mola carnosa, de forma de un corazon de regulares dimensiones, espulsada á los seis meses, y habiendo precedido en los primeros, signos probables de gestacion. En el último mes hubo exudacion sanguinolenta y metrorrágias antes de su espulsion, que fué necesario cohibir con taponamiento á favor de torundas ensartadas á manera de cuentas de rosario, é impregnadas en una disolucion de percloruro de hierro (una dracma en 4 onzas de agua). La escitacion oca-

sionada por este medio, produjo contracciones de la matriz, que dieron salida al cuerpo contenido en su cavidad. Comprueba además este hecho la verdad de observacion, de que la mola es siempre producto de una fecundacion, y gestacion interrumpida por cualquier accidente, que causa la muerte del embrión; pues aunque los antecedentes no lo demostrasen, la estructura orgánica de la mola sería un argumento concluyente, viéndose en ella las partes elementales de los anejos de aquel, desarrollados morbosamente.

La sétima observacion es un hecho singular de gestacion de unos tres meses, interrumpida tambien en su curso, dando lugar al desarrollo exagerado de los anejos del embrión, y constituyendo una mola, que fué espulsada; pero produciendo gravísimos síntomas, y hasta la muerte de la embarazada. Es ciertamente notable que durante el tercer mes de gestacion apareciese, no solo metrorragia, sino tambien fiebre de índole nerviosa; y últimamente accesiones de eclámpsia, como si se tratára de un parto laborioso, en que la inervacion se perturbase por la intensidad y prolongacion de los dolores, ó por obstáculos dinámicos ó mecánicos que el feto encontrase á su salida. En situacion tan grave, me decidí á hacer lo que estaba en la posibilidad del arte; es decir, favorecer el trabajo espulsivo del cuerpo contenido en la matriz. En efecto: las inyecciones repetidas de

agua templada y la aplicacion de dos cuñas sucesivas de esponja preparada en el cuello uterino, hicieron entrar en contraccion la matriz, y fué espulsada una masa carnosa con algunos hidátides en dos porciones casi iguales; pero la accesion nerviosa se reprodujo, ocasionando la muerte de dicha señora. En medio del desconuelo que dejan en nuestro ánimo tan sensibles hechos, nos tranquiliza la idea de haber llenado un alto é imprescindible deber, luchando con porfiado empeño con los graves accidentes que amenazan tan de cerca la vida; y aunque quedemos vencidos, debe lisonjearnos el no haber esperado la muerte con los brazos cruzados; sino peleando y obrando con arreglo á los consejos científicos y á las inspiraciones de nuestra conciencia.

Los siete últimos hechos se refieren á estracciones de placenta, practicadas cuatro veces por adherencias, una por inercia del útero y dos en abortos de tres meses. En cinco el éxito ha sido lisonjero; en uno infausto, y en otro ignorado por no haber asistido á la enferma en su puerperio. La estraccion ha sido reclamada por metrorrágias graves que se han presentado durante la permanencia de la placenta dentro del útero; y en un caso por la putridez, ó descomposicion pútrida de los anejos del feto. El resultado comprueba en estos, como en anteriores hechos, la conveniencia de recurrir á ese medio operatorio cuando la hemorrágia compromete la vida de la

recien-parida, ó cuando se desenvuelve un estado de putridez que indefectiblemente ha de producir una infeccion ó alteracion séptica de la sangre, si no se separa el foco de su procedencia.

En la reseña clínica que acabo de hacer desde el año 1848 á 1861 inclusive, á propósito he omitido dos importantes hechos que voy á consignar, y que constituirán un apéndice de bastante interés de los que ya dejo descritos.

1.º Atrésia completa del cuello uterino en el acto del parto.—Histerotomía vaginal practicada con feliz éxito.

Manuela Sologaistúa, natural de Arechavaleta, provincia de Guipúzcoa, de 30 años de edad, temperamento sanguíneo, constitucion fuerte, habia disfrutado de buena salud y empezado á menstruar á los 14 años, continuando despues con toda regularidad, sin haberla faltado el período hasta que se hizo embarazada. La gestacion fué enteramente fisiológica, sin sentir más que algunos desarreglos del tubo digestivo, los primeros meses, como fenómenos simpáticos de dicho estado.

Cumplidos los nueve se presentó el parto, de cuya asistencia se encargó D. José Galan. Estuvo con dolores preparantes repetidos y sin permitirle ningun descanso por espacio de dos dias, y al tercero, observando que nada adelantaba, ni aparecia dilatacion del cuello, fué convocado el Sr. D. José Calvo y Martin, catedrático de Patologia esterna; y procediendo á reco-

nocerla , se hizo cargo de que no habia orificio uterino, á pesar de haber apreciado detenidamente todo el segmento inferior de la matriz. En aquel mismo instante decidió llamarme á consulta para oír mi opinion.

A las once de la mañana del día 13 de noviembre ví por primera vez á la parturiente, que llevaba tres dias con dolores de parto , y se encontraba en la angustiosa situacion que producen las contracciones repetidas de la matriz sin resultado. Estaba algo febril; la lengua un poco seca , con dos fajas blanquecinas laterales; tenia sed; se sentia agitada y con los temores que asaltan á toda primeriza. La reconocí en presencia del Sr. D. José Calvo y del profesor encargado del parto. En el tercio superior de la escavacion encontraba el dedo esplorador un tumor redondeado , duro , formado por el vértice del feto, que se apoyaba en el segmento inferior de la matriz. Dí vuelta á toda la circunferencia hasta encontrar el limite de la insercion de la vagina, sin observar huella de orificio; únicamente , hácia la parte posterior y en la línea media, se tocaba un pliegue superficial á manera de brida, y á su izquierda una pequeña fosita , en la que apenas podia colocarse la yema del dedo índice. En vista del resultado de la exploracion, manifesté á mis dignos comprofesores que estaba convencido suficientemente de que habia atrésia uterina, y que era indispensable la histerotomía vaginal. Acordamos esperar algunas horas con el objeto de que descendiese un poco más el vértice, apoyado sobre el segmento inferior del útero, y aplazamos nuestra reunion para las tres de la tarde.

Reunidos á la hora designada, colocamos á la parturiente en el borde de un tablado con un par de colchones, la pélvis elevada sobre una almohada, y las extremidades inferiores en flexion y sostenidas por dos

ayudantes. Repetimos nuevamente la exploracion con el tacto, y nos dió idéntico resultado, con la diferencia de que el vértice, cubierto por la matriz, se hallaba al nivel de la parte media de la escavacion. Habia algunas mucosidades vaginales, y seguian repiliendo frecuentemente las contracciones uterinas. Hecho el reconocimiento por el recto, se encontraba al través de su pared anterior el tumor formado por el vértice, á la altura que queda indicada en la exploracion por la vagina. Practiqué el cateterismo, y salió alguna cantidad de orina, quedando desocupada la vejiga y dejándome más desembarazado el espacio en que habia de operar. No me olvidé tampoco de preguntar si habia depuesto la parturiente, é informado de que lo habia verificado por la mañana, procedí á operarla, auxiliado por mi digno compañero y amigo el Sr. D. José Calvo y Martin, y mis apreciables comprofesores el Sr. Vega y Olmedo, médico de la Real Casa de Campo y Florida, el señor Barron y el Sr. Galan encargado de la asistencia del parto. Apliqué dos depresores de Gerdy, uno al tabique anterior ó véxico-vaginal, y otro al posterior ó recto-vaginal, sostenidos sus mangos por los mencionados profesores, y retrayendo además con sus dedos índices las paredes laterales de la vagina. De este modo quedó accesible á la vista un espacio de unas dos pulgadas en el segmento inferior de la matriz. Entonces pude observar la brida que habia apreciado con el tacto, y ella misma me sirvió de guia para la operacion. Tomé con la mano derecha un bisturí convexo de punta aguda, y por delante del pliegue ó brida que dejo indicado, hice una incision trasversal de una media pulgada de longitud: fuí profundizando poco á poco y capa por capa, cuidando de reconocer con el dedo índice de la mano izquierda la profundidad que adquiria la incision á cada

nuevo córte , y limpiando con una esponjita la sangre que bañaba la herida , á fin de despejar el camino que habia de seguir el bisturí. Llegué así á perforar las paredes uterinas , logrando introducir la estremidad del índice en la cavidad ; y en el mismo instante , conduciendo un bisturí recto de boton á lo largo de aquel , dilaté la herida hácia la izquierda y despues á la derecha , dándole la estension de 20 á 24 líneas. Las paredes del útero tendrian unas 4 líneas de espesor : la hemorrágia fué pequeña y el dolor casi nulo ; pues aunque se quejaba la parturiente , ella misma manifestó que era debido á la compresion que los depresores hacían en las paredes de la vagina. Quedó descubierto el vértice , que estaba colocado inmediatamente detrás ; y pareciéndome , así como á mis dignos comprofesores , que era suficiente el desbridamiento hecho , y que las contracciones uterinas aumentarían sus dimensiones , se estrajeron los depresores ; y despues de limpiar la sangre que habia fluido durante la operacion , se la dejó descansar , estando en espectacion de la marcha ulterior del parto. No tardaron en sobrevenir nuevas contracciones , que fueron ensanchando la abertura y redondeándola , quedando descubierto un segmento mayor del vértice de la cabeza del feto , que estaba colocada en posicion occípito-anterior. A las dos horas volví á verla : seguian los dolores de parto con el carácter de espulsivos ; la dilatacion hecha habia adquirido cerca de una pulgada más de diámetro ; pero noté hácia la parte posterior que todavia su circunferencia ofrecia un borde tenso , que creí prudente desbridar con el bisturí cóncavo de Cooper , conducido con el dedo índice de la mano izquierda. Este último desbridamiento fué hecho de delante atrás y en la estension de 3 á 4 líneas , con lo que creí que ya no quedaba ningun obstáculo

material que pudiera detener la marcha del parto, y que continuando los dolores, podria este verificarse espontáneamente. Pasó toda la noche y mañana del día siguiente con fuertes y repetidos dolores, descendiendo lentamente la cabeza y recorriendo línea por línea el tercio inferior de la escavacion. A eso de las doce del día inmediato á la operacion la vi nuevamente, y encontré ya el vértice entrando en el estrecho inferior: los dolores no se habian suspendido y seguian siendo espulsivos; pero la continuacion del trabajo del parto la tenia ya fatigada, con fiebre bastante alta, sequedad de la lengua y mucha sed.

Dispuse que se le hiciera una sangría de la mano de 6 onzas, y que á continuacion tomase un baño general de unos 28° y media hora de duracion. A beneficio de estos auxilios y de los dolores espulsivos no interrumpidos, se terminó el parto á las seis de la tarde, veintiseis horas próximamente despues de concluida la histerotomía, dando á luz un niño robusto y bastante desarrollado, que nació con síntomas de asfixia; pero cortado el cordon, y estraídas unas gotas de sangre, se estableció la respiracion completamente. La espulsion de las secundinas fué tambien espontánea: al siguiente día disminuyó notablemente la calentura, se estableció la evacuacion loquial y el puerperio fué enteramente fisiológico, habiéndose presentado á la época acostumbrada la secrecion láctea.

Ya habrá podido comprenderse que he seguido un procedimiento análogo al que empleó en un caso semejante el Excmo. Sr. Marqués de San Gregorio, mi digno antecesor, en la Clínica de que me hallo encargado; y le he preferido por ser, en mi concepto, el más sencillo y de más fácil aplicacion. El caso á que me refiero se halla consignado en una interesante Memoria publicada

por el mismo, con aquel motivo, sobre la *histerotomía vaginal*; y tengo la satisfaccion más cumplida al añadir un nuevo hecho con idéntico resultado al que en tan concienzudo é importante trabajo se cita.

Réstame únicamente hacer algunas reflexiones, que naturalmente sugiere el hecho que acabo de describir. Lo primero que se ofrece á nuestra consideracion y escita nuestra curiosidad, es averiguar de qué modo ha podido verificarse la oclusion de la matriz despues de efectuada la fecundacion. Nada nos dice el conmemorativo: por más que hemos procurado llamar la atencion de la enferma acerca de las circunstancias que han precedido ó seguido á su concepcion, no hemos podido adquirir noticia alguna que nos dé luz en medio de la oscuridad que tales hechos llevan consigo. Unicamente nos manifestó, que durante la gestacion habia tenido alguna humedad en las partes genitales; pero sabido es cuán frecuente es esto en los embarazos más normales, atribuyéndose fundadamente á la sobreescitacion que hay entonces en todo el aparato genital, y de que participa la membrana mucosa que reviste la vulva y vagina. De manera que si queremos esplicar la oclusion uterina en el presente caso, tenemos que abandonar nuestra inteligencia á conjeturas más ó menos probables, sin tener la pretension de que ellas sean espresion genuina de la verdad.

No debe olvidarse que en la parte posterior y

media del segmento inferior de la matriz, confiando con la vagina, existia un pliegue á manera de brida, que parecia formado de tejido inodular, y que indicaba el sitio donde debia encontrarse el cuello uterino. ¿No sería posible que esta adhesion ó cicatrizacion hubiese sido efecto de haberse organizado el tapon gelatinoso, que obtura el cuello uterino durante la gestacion, y que por una inclinacion de la matriz hácia adelante, más exagerada que en los casos comunes, se hubiesen encontrado los lábios del cuello uterino más contiguos y en disposicion de favorecer su aglutinacion? ¿No podrian influir en este resultado las cualidades más ó menos plásticas que tuviese el líquido orgánico, que se interpone entre los lábios del cuello de la matriz y cierra provisionalmente su orificio? Esplicaciones son estas ciertamente, que, aunque no se hallan fuera del terreno de la probabilidad, el entendimiento vacila al admitirlas, porque no le satisfacen cumplidamente.

No se nos ocurre, ni remotamente, pensar en que la oclusion fuera anterior al embarazo; porque habia la operada menstruado siempre con regularidad desde los 14 años hasta que se hizo embarazada.

Por lo tanto, creo que debo limitarme á consignar el hecho en la seguridad de que nunca estos actos, que se verifican recónditamente y en lo más íntimo de nuestra organizacion, podrán tener una esplicacion satisfactoria, por

más que nuestra limitada inteligencia se esfuerce en encontrarla.

Notable es, asimismo, que á pesar de la prolongacion del período espulsivo y del desbridamiento hecho en la matriz, encontrándose ya febril la parturiente en los dos últimos días, no haya habido indicio de padecimiento uterino durante el puerperio, y que éste haya tenido la marcha natural que en los casos ordinarios y normales.

La puérpera se levantó al noveno día y siguió alimentándose convenientemente, y lactando á su niño hasta la cuarta semana, en que, segun me informó mi digno compañero el Sr. Calvo, se la presentó, con motivo de un enfriamiento, *flegmasia alba dolens*, en la extremidad inferior izquierda, de la que, á favor de una aplicacion de sanguijuelas y fricciones de unguento mercurial con pomada de belladona, se mejoró y logró pronto su restablecimiento.

2.º Gestacion intrauterina de 22 meses de duracion.—Histerotomía abdominal con feliz éxito.

Isidora Hidalgo, de edad de 33 años, natural de Ajofrin, provincia de Toledo, residente en Madrid hace 20 años, casada, de temperamento linfático, constitucion débil, empezó á menstruar á los 14 años, no habiendo sufrido trastorno alguno en el ejercicio de esta funcion fuera del estado de embarazo. Habia tenido cuatro partos naturales y un aborto antes de la gestacion, que tanto la hizo sufrir y que es objeto de esta

observacion clínica. El dia 12 de enero de 1858 se presentó en la Clínica de la Facultad, ocupando el número 7 de la sala de Santa Isabel. De la necesaria averiguacion de antecedentes, resultó que hacia 18 meses que le faltó la menstruacion, presentándose indicios probables de embarazo: siguió éste su curso natural hasta los nueve, y entonces aparecieron dolores de parto, manifestándose una gran metrorragia que puso en peligro su vida; pero á favor de los convenientes auxilios prestados por el profesor encargado de su asistencia, se logró cohibirla. Se reprodujo dos semanas despues; y aunque cesó pronto, le quedó un flujo serosanguinolento en cantidad escasa, que fué perdiendo poco á poco este aspecto, hasta quedar completamente convertido en seroso. El vientre le quedó abultado, sin sentir más que algunos dolores de carácter pungitivo, repetidos en épocas irregulares.

El dia de su ingreso en la Clínica ofrecia el siguiente estado: el vientre se hallaba abultado, presentándose en él un tumor que subia unos tres dedos por encima del anillo umbilical y entraba en la pequeña pélvis sin alcanzarse su límite; su forma era ovoidea, de consistencia dura, fibro-cartilaginosa, de superficie uniforme, indolente, movable en todas direcciones, y á la percusion daba sonido á macizo. Practicado el reconocimiento vaginal, se encontró el cuello uterino más elevado que en el estado normal, contíguo á la sínfisis pubiana y sin ninguna dilatacion. No fué posible alcanzar el cuerpo de la matriz, sino comprimiendo el tumor de arriba abajo sobre las paredes abdominales, al mismo tiempo que se tenia aplicado el dedo explorador en el fondo de la vagina. En la pequeña superficie que se alcanzaba del segmento inferior del útero, se apreciaba dilatacion y dureza. Quejábase la enferma cuando estaba de pié,

de peso y tension en las ingles y region lumbar : en su estado general se observaba palidez , demacracion y debilidad del pulso.

Teniendo en consideracion los antecedentes, de cuya exactitud no podíamos responder , en vista de los síntomas actuales, y especialmente de los que aprecié por diversos modos de exploracion, deduje que el tumor era uterino, no siendo fácil resolver cuál era su índole. Analizando detenidamente las diferentes enfermedades que pueden dilatar la cavidad uterina y ofrecer un curso crónico , me incliné, aunque con la debida reserva, á creer en la existencia de tumores fibrosos del útero.

En este concepto, me propuse emplear un tratamiento resolutivo interior y exteriormente , esperando que sus efectos y ulteriores observaciones, hechas durante el curso de dicho padecimiento , me aclarasen la cuestion de diagnóstico , que entonces me parecia envuelta en tinieblas.

Con este fin se le prescribió media racion (ioduro potásico, una dracma; agua destilada , media libra. D.^e para tomar una cucharada mañana y tarde). Cocimiento de cebada, una libra para tomar con la disolucion de ioduro en dos dosis. (Ioduro de plomo, un escrúpulo; manteca, una onza. M.^e para untura al tumor dos veces al dia.)

El 18 del mismo mes, por una lamentable equivocacion, se dió la enferma fricciones en el abdómen con la pasta de Viena, que se habia dispuesto para cauterizar un carcinoma de la vulva que padecia otra enferma. En su consecuencia, se formaron estensas y profundas escaras en toda la region que cubria el tumor. Suspendióse el tratamiento prescrito , y en su lugar se sometió á la enferma al uso de caldo, agua de cebada para bebida usual y planchuelas impregnadas de

ungüento de altea á las escaras. Desprendiéronse estas á los pocos días, dejando úlceras, que tomaron aspecto de atónicas, y que fué preciso tratar sucesivamente con unguento blanco, linimento óleo-calcáreo, bálsamo samaritano, y más adelante lociones con vino aromático y toques superficiales con nitrato de plata, con cuyos medios se logró la cicatrizacion.

Concluido este casual incidente, y en mi juicio de gran trascendencia para la salvacion de la enferma, segun diré más adelante, volví á reconocerla el dia 4 de junio, y encontré el cuello de la matriz en la misma situacion; es decir, tocando la sínfisis pubiana, pero con una pequeña dilatacion que antes no existia. Sondé la matriz con el hysterómetro de Mr. Valleix, y penetró unas dos pulgadas; comunicándole algunos movimientos de delante atrás, se percibia manifestamente el choque de la sonda con un cuerpo duro, dando una sensacion semejante á la que se experimenta, cuando se reconoce por medio de un cateter la existencia de un cálculo en la vejiga urinaria. Este nuevo dato, obtenido á favor del cateterismo uterino, me decidió á practicar la dilatacion gradual del cuello por medio de la esponja preparada, con objeto de poner accesible á mi exploracion el tumor contenido en la cavidad de dicho órgano. Dispuse, pues, que se hiciesen inyecciones vaginales de agua templada cada seis horas, y se diesen unturas al cuello con pomada de belladona. Al siguiente dia, encontrando un poco más blando y dilatado el cuello, introduje, prévia la aplicacion del *speculum uteri*, una cuña de esponja preparada de forma cónica y de una pulgada de longitud y seis líneas de diámetro en su base.

El dia 6 se estrajo la esponja, y en pos de ella salió una pequeña cantidad de pus muy fétido. La enferma dijo que no habia sentido más incomodidad que la con-

siguiente á su introduccion. El cuello de la matriz ofrecia alguna dilatacion, aunque escasa: se practicaron nuevamente inyecciones vaginales con agua templada y se volvió á introducir otra cuña de mayor diámetro.

El 7, el estado general de la enferma no era muy satisfactorio: habia alguna fiebre, y tuvo sudores nocturnos y parciales. Se estrajo la esponja, y con ella salió una oleada de pus fétido con dos huesecillos que eran falanges: el cuello uterino se dilataba, aunque con mucha lentitud.

La aparicion de las falanges en medio del pus fué un rayo de luz; entonces quedó resuelta con evidencia la cuestion de diagnóstico; pues no era posible dudar de la presencia de un feto muerto, y probablemente en descomposicion, en la cavidad uterina, por extraño que pareciese este hecho, habida consideracion de los antecedentes. Desde aquel instante fué tambien clara y segura la indicacion que habia que satisfacer: procurar á todo trance la salida de dicho feto, que era ya un cuerpo extraño para la organizacion. Acordé continuar la aplicacion de esponja preparada hasta conseguir suficiente dilatacion en el cuello uterino; hacer inyecciones vaginales de cocimiento de quina con cloruro de sosa, disponiendo asimismo que se pusieran cataplasmas emolientes laudanizadas al abdómen, y tomase la enferma un baño general de 26° y 20 minutos de duracion.

Los dias 8 y 10 siguió del mismo modo, si bien mejoró un poco el estado general. La cantidad de pus que salia cada dia, podia calcularse en medio cuartillo; el cuello de la matriz no ofrecia más dilatacion que la necesaria para introducir dos dedos en su cavidad, y con ellos se alcanzaba el vértice del feto, desnudo completamente de partes blandas. En estos dias, fueron saliendo algunas falanges de los pies y apófisis espinosas

de las vértebras. La matriz no daba señales de contraerse, á pesar de la escitacion mecánica producida en el cuello, ora con las repetidas exploraciones, ora con las cuñas de esponja; por lo que el dia 10 prescribí un escrúpulo de cornezuelo de centeno en tres dósís, que tampoco produjeron ningun efecto.

El dia 14 seguia la enferma en el mismo estado: se estrajo la esponja, habiendo salido con corta diferencia la misma cantidad de pus. El plan siguió sin variacion.

El dia 15 el estado general se habia agravado bastante: el pulso era más pequeño y frecuente; los sudores, así como la diarrea, más copiosos. En tal situacion era necesario obrar; y no se podia, sin grave riesgo de la enferma, prolongar más tiempo la permanencia del feto en la matriz. En efecto: no habia motivo fundado para esperar que aquel fuera descomponiéndose lentamente y eliminándose poco á poco; pues antes de conseguirlo, la enferma hubiera sucumbido por los progresos de la absorcion purulenta. La extraccion por las vías naturales no era posible; porque el cuello no se dilataba suficientemente para poder emplear la mano ó el fórceps; y aunque se pensó en su desbridamiento, su excesiva rigidez hubiera sido un obstáculo para hacer dicha operacion, sin contundir y lastimar el segmento inferior de la matriz. Por otra parte: la situacion grave y apurada de la enferma, reclamaba una operacion pronta que la descartase de aquel foco de infeccion, que estaba proporcionando continuamente á la sangre un gérmen de muerte. No quedaba, por lo tanto, más recurso, que la gastro-histerotomía; y á pesar de que se tuvo presente su inmensa gravedad, aumentada por las condiciones especiales en que se encontraba la enferma; atendiendo á que en toda la estension de la línea blanca eran inamovibles las paredes abdominales, lo cual hacía

presumir adherencias del peritoneo con ellas, siendo ésta una garantía de gran valor para su resultado; y sobre todo, que la enferma estaba amenazada de una muerte cierta y próxima en el caso de dejarla abandonada á los recursos naturales, me decidí á practicarla, despues de haber consultado con algunos profesores, que adoptaron mi opinion.

El dia 16 por la mañana, preparada la enferma del modo que queda espresado, procedí á practicar la operacion, auxiliado del digno catedrático y eminente cirujano D. Melchor Sanchez de Toca, de varios profesores clínicos, de algunos de beneficencia y numerosos alumnos. Sometida la enferma á la accion del cloroformo, se practicó una incision que se estendia, desde diez ó doce líneas por encima del anillo umbilical hasta unas dos pulgadas sobre el púbis, en direccion de la línea blanca, y se fué cortando capa por capa la aponeurósís y el peritoneo que estaba á ella adherido hasta llegar á la matriz: se penetró, con la necesaria prudencia, en su cavidad por medio de una incision de unas seis líneas, hecha en su parte media, y se desbridó despues metódicamente con el bisturí cóncavo de boton hácia arriba y abajo, sirviendo de conductor el dedo índice de la mano izquierda. Salió gran cantidad de gases fétidos; é introducida la mano derecha en la cavidad uterina, estraíe el feto, que todavía conservaba partes blandas en la mitad inferior del cuerpo, y hasta la integridad de la piel en un pié y parte de una pierna; pero en estado de putrefaccion: la cabeza estaba separada del tronco; y sus huesos, completamente desnudos, se hallaban apoyados sobre el cuello uterino. Practicáronse inmediatamente inyecciones de agua templada en la herida para estraer los restos del feto y limpiar las paredes uterinas: se decidió no hacer sutura cruenta, por-

que todavía se conservaban ulcerados algunos puntos de las paredes abdominales en consecuencia de la involuntaria aplicacion de la pasta de Viena, y que, á pesar de haber cicatrizado diferentes veces, se habian reproducido y abierto. Así que, despues de haber pasado un vendotele por el cuello uterino, cuyos dos cabos se ataron sobre la sínfisis pubiana, se pusieron tiras largas de emplasto diaquilon para reunir los bordes de la herida, cubriendo préviamente con planchuelas de cerato la parte de tegumento ulcerado; se colocó parche agujereado, hilas informes, compresa y un vendaje de cuerpo con escapulario y *T* de ano. Durante la operacion, permaneció casi en completa anestesia y en un estado bastante satisfactorio, como lo indicaba la poca concentracion del pulso. Debo además decir, que las sospechas de adherencias del peritoneo á las paredes abdominales se confirmaron con la operacion, y se procuró con cuidado respetarlas, comprendiendo el inmenso interés que tenian para la operada.

El plan que se estableció fué el siguiente: agua de nieve para beber en pequeñas cantidades; extracto tebáico 6 granos en 12 píldoras para tomar una cada dos horas; inyecciones emolientes templadas por la vagina, repetidas cada cuatro horas.

A las cinco de la tarde se habia presentado una moderada reaccion: los dolores eran tolerables; el calor general, medianamente desenvuelto; el pulso no muy frecuente; la lengua húmeda, con poca sed.

A las diez de la noche la reaccion era más manifiesta; el pulso daba 106 pulsaciones por minuto; habia cefalalgia frontal gravativa; la lengua estaba algo más seca; tenia bastante sed, y algun escozor en la herida.

El 17 seguia en el mismo estado, sin manifestarse ningun síntoma de peritonitis.

El 18, á las nueve y media de la mañana, la enferma se encontraba con bastante debilidad; habia habido insomnio; el pulso era pequeño, blando y frecuente; tenia algun dolor en la herida, y el apósito estaba empapado en pus. Se dispuso caldo de gallina; cocimiento de arroz, cuatro libras para tomar frio á cortadillos; agua de nieve para alternar; un grano de extracto tebáico mañana y noche; infusion acuosa de quina, 8 onzas para tomar en dos dosis; inyecciones vaginales. Por la tarde y la noche la enferma seguia en el mismo estado.

El 19, á las diez de la mañana, se encontraba algo más aliviada; el pulso habia disminuido de frecuencia; pudo descansar algunos ratos por la noche; la cefalalgia era menos intensa, lo mismo que la sequedad de la lengua y la sed. Se procedió á practicar la primera cura, y levantado el apósito, se vió que la herida tenia su fondo y bordes de un gris súcio, y que habia estancada en ella gran cantidad de pus; pero sin ningun indicio de inflamacion. Hiciéronse inyecciones en la herida con cocimiento de quina; y despues de limpiar su superficie con cuidado, se introdujo una algalia gruesa de goma en el cuello uterino para que facilitase la salida del pus, y se aplicó un apósito igual al anterior. Se dejó el mismo plan.

El 20 por la mañana seguia la enferma en el mismo estado: por la tarde se presentó diarrea, por lo que se dispuso cocimiento blanco gomoso, dos libras, para seis dosis, suspendiendo la infusion de quina.

El 21 habia disminuido la diarrea: se practicó la segunda cura, y la herida seguia sin detergerse, con bastante cantidad de pus detenido y flotando en él porciones de la mucosa uterina exfoliada. Se practicaron inyecciones quinadas en la herida, y se aplicó igual apósito que los dias anteriores.

El 22 estaba la enferma muy postrada: el pulso era muy débil; la diarrea habia cesado. Se añadió á la infusion de quina, tintura corroborante de Whit, y se le prescribieron caldos más nutritivos.

El 23 estaba algo reanimada: el pulso más desenvuelto; la misma enferma decia que se sentia mejor. Se hizo la tercera cura, encontrándose la herida más limpia y con indicios de trabajo de cicatrizacion. Se aplicó igual apósito.

El 24, aunque volvió á aparecer la diarrea, se le permitió, atendida su debilidad, tomar una cucharada en cada caldo de fécula de sagú preparada, y se le dispuso cocimiento blanco gomoso para beber á pasto, sin omitir las inyecciones vaginales.

Desde este dia, el estado general de la enferma ha ido mejorando progresivamente: se ha suspendido la diarrea y ha podido alimentarse, modificando ventajosamente su nutricion. La herida se halla completamente detergida, y su buen aspecto hace confiar en que la cicatrizacion, aunque lenta por su grande estension, se hará de un modo regular.

Desde esta época, no hubo ninguna novedad digna de ser mencionada: las curas se hicieron con largas tiras de diaquilon, que aplicándose por su parte media á la region lumbar, venian sus cabos á cruzarse delante de la herida, constituyendo un apósito unitivo de bastante solidez.

Al cabo de dos meses la cicatriz era completa, y la enferma salió curada de la Clínica, habiendo sabido con satisfaccion, que despues de algun tiempo se le presentó menstruacion y siguió apareciendo con regularidad, aunque escasa.

He tenido ocasion de ver varias veces á esta operada, y disfruta completa salud; habiéndose nutrido conside-

rablemente, y dedicándose, como antes, á sus ocupaciones domésticas.

El hecho de distócia que acabo de describir, sé que no es nuevo en los fastos de la ciencia: en las Memorias de la Academia Real de Cirujía publicadas por M. Marjolin, he hallado citados, aunque con escasísimos detalles, tres casos procedentes de la obra que dió á luz Rousset en 1590 en defensa de la operacion cesárea; y á pesar de que no he podido tenerla á la vista, las espresadas Memorias en que se hace referencia de ellos, merecen bastante fé para que yo no dude de su legitimo origen.

El primero es la historia de una mujer de la villa de Ambedoye, cerca de Saint Brisson, en la que se practicó en 1576 la operacion cesárea: el feto que se estrajo por la incision estaba muerto y corrompido; algun tiempo despues se hizo embarazada, y parió un niño vivo por las vías naturales.

El segundo procede de una carta escrita á Rousset por Vertinianno, médico de Poitiers, en la que se consigna que una mujer de las inmediaciones de esta villa habia sufrido la misma operacion y se habia curado.

En el tercero se trata de una mujer cuyo feto habia muerto en la matriz hacía mucho tiempo, y que no pudo parir por las vías naturales por la dificultad que se encontró en asirle, á pesar de haber empleado el gancho y otros medios

que se usan en tales circunstancias. En atención al grave peligro en que se hallaba la vida de dicha mujer, acordaron los cirujanos practicar la operación cesárea. En el momento de abrir la matriz, salió gran cantidad de líquido fétido: sintió la operada muchos dolores al tiempo de hacer la extracción del feto, por ser insuficiente la abertura de los músculos y del útero; sin embargo, no ocurrió ningún accidente: la hemorragia no fué de consideración. Cinco semanas después estaba ya la operada en disposición de salir, y luego que se restableció, concibió y tuvo cinco partos felices.

En el *Diario de Medicina y Cirujía práctica* del año 1860, publicado por Lucas Champonniere, se cita un hecho de histerotomía, debido al doctor Friso, para la extracción de un feto que en un parto de gemelos no fué expulsado de la cavidad uterina, habiendo sobrevenido una metroperitonitis grave, y en su consecuencia una fistula en la parte inferior ó sub-umbilical del abdomen, que sondada, hizo reconocer la presencia de dicho feto dentro del útero.

He mencionado estos hechos por la analogía que tienen con el que me pertenece, y para demostrar que no abrigo la pretensión de ofrecer á la consideración de mis profesores un caso enteramente nuevo en la historia de la ciencia; sino una observación hecha con conciencia y exactitud, y referida con lealtad, provista de todos los detalles necesarios, y que por lo tanto

puede ser objeto de estudio y meditacion.

En este concepto, voy á permitirme algunas reflexiones sobre los puntos culminantes de esta interesante historia, que servirán para explicar é interpretar lo que todavía aparezca oscuro, y ayudar al esclarecimiento de la verdad, que debe ser el norte de las observaciones científicas.

Ante todo, escita la curiosidad del hombre científico investigar: ¿por qué cumplidos los nueve meses de gestacion, segun la operada, y llegado su término, se declaró el parto, apareció una metrorrágia grave que se cohibió, pero quedando suspendida dicha funcion? Es este un acontecimiento digno de ser meditado; y si le sometemos al criterio de la razon, no hallamos motivo plausible que nos explique tan extraño suceso, sino en la inercia en que debió dejar á la fibra uterina la abundante pérdida de sangre sufrida por la parturiente; pues que en los antecedentes no figura impresion moral violenta, ni ningun medicamento estupefaciente de esos que embotan la sensibilidad, é interrumpen el necesario ejercicio de la inervacion. Pero aun concediendo al flujo sanguíneo la necesaria intervencion en la debilidad general de la parturiente y consecutivamente del útero, no encontramos bastante justificada la suspension del parto, en atencion á que hemos visto diferentes veces mujeres extraordinariamente anémicas, en las que el útero se ha contraido con energía hasta producir la espontánea espulsion del feto.

No puede dudarse de que la muerte de éste debió ocurrir en aquellos días en que el organismo se preparaba á hacer su espulsion , por haber llegado al término de su desarrollo ; porque la hemorrágia que se presentó revelaba desprendimiento parcial ó completo de la placenta, que debió perturbar ó suspender la circulacion útero-placentaria, necesaria para la vida del feto.

Ignoramos , por no constar en los antecedentes , si se rompió la bolsa amniótica ó quedó íntegra ; pero hay una importante circunstancia que autoriza á creer que no hubo de sufrir lesion , y es el largo tiempo que permaneció el feto dentro de la cavidad uterina , á pesar de ser ya un cuerpo extraño para el organismo. No puede concebirse , en efecto , que habiéndose roto la bolsa amniótica , permaneciese el feto dentro del útero , sin experimentar putrefaccion , y sin que los productos de ella se hiciesen sensibles á favor de las absorciones en el estado general de la embarazada. Lo probable , lo que es aceptable para la ciencia , porque no está fuera de la esfera de la razon , es que , despues de haberse manifestado aquel trabajo preparatorio del parto y de haberse dilatado el cuello de la matriz hasta el punto que lo permitiera su resistencia , la energía de las contracciones uterinas fué bastante para romper los vínculos que la placenta tenia con la matriz ; pero insuficiente para destruir la integridad de la bolsa amniótica. El parto quedó , pues , suspendido , conservándose ilesas

las membranas y sin derramarse el fluido amniótico: el cuello de la matriz se retrajo; y el feto, aunque muerto, estuvo por espacio de algunos meses contenido en una cavidad para él herméticamente cerrada, y fuera, por lo tanto, de la posibilidad de la putrefacción. Porque es bien notorio que los cuerpos orgánicos se conservan inalterables por mucho tiempo, cuando se depositan convenientemente en cavidades privadas completamente de aire, cuya existencia es elemento necesario para la putrefacción. Envuelto el feto en sus membranas y rodeado de una capa de líquido, tuvo necesariamente que macerarse, reblandeciéndose las partes blandas por el contacto y la impregnación del líquido que las bañaba.

Y si es cierto que cuando se presentó en nuestra Clínica, la matriz ofrecía gran dureza y no se percibía ninguna superficie blanda ni ondulante, posible es que la absorción hubiese obrado sobre dicha masa de líquido, y llevándose algunos de sus elementos, amenguase su cantidad. Absorción que entonces podía ser todavía inofensiva para el organismo, por no haber adquirido sus moléculas las cualidades tóxicas debidas al septicismo. La descomposición pútrida empezó, á no dudarlo, cuando se dilató el cuello mecánicamente á favor de cuñas cónicas de esponja preparada: entonces se dió acceso al aire en la cavidad de la matriz; y el cadáver del feto, que estaba ya reblandecido y macerado,

se encontro en condiciones muy abonadas para la produccion de dicho fenómeno. En aquella misma época comenzaron las absorciones y produjeron la infeccion séptica de la sangre, de cuya existencia eran claros indicios la fiebre que tenia la enferma, los sudores copiosos, la diarrea, la demacracion y el gran abatimiento de fuerzas. Esta situacion fué agravándose de dia en dia, en términos que llegó á verse muy comprometida su vida y en inminente riesgo; debiendo su salvacion á la separacion del foco séptico, que se logró á favor de la operacion cesárea, y á las benéficas reacciones que se establecieron en el organismo despues de haberla practicado.

Otro punto importantísimo y digno de detenido exámen en la historia de este hecho clínico, son las adherencias que se establecieron entre el peritoneo uterino y el parietal, principalmente á lo largo de la línea media del vientre; y que fueron debidas á la providencial casualidad de haber empleado equivocadamente la enferma la pasta de Viena en fricciones, que estaba dispuesta para cauterizar la úlcera carcinomatosa de una enferma contigua. A esta cauterizacion sucedieron profundas escaras en algunos puntos, que á su desprendimiento dejaron úlceras, y se sostuvieron mucho tiempo abiertas, manifestándose muy refractarias á la cicatrizacion. La quemadura y ulceracion consecutiva produjeron inflamacion en las paredes abdominales, que trasmitida por contigüidad al peritoneo, dió

lugar á exudaciones de linfa plástica, convirtiéndose en adherencias. Esta alteracion anatómica, debida á la inflamacion, fué la que, en mi juicio, salvó á la enferma; estableciendo previamente una valla impenetrable, que en su dia habia de impedir que se derramasen en el peritoneo, ora la sangre, ora los líquidos purulentos y sépticos contenidos dentro del útero. Respetáronse estas adherencias en el procedimiento operatorio que queda descrito, considerándolas como medio preservativo de la peritonitis, y por lo tanto como eficaz garantía del éxito de la operacion. Y á decir verdad, ¿cómo explicar de otro modo el que no se presentasen indicios de inflamacion del peritoneo despues de una operacion tan grave, y en una enferma tan mal acondicionada y que se hallaba bajo el influjo de una grave y trascendental septicemia? La naturaleza es siempre lógica en sus operaciones; las leyes patológicas se cumplen como las fisiológicas, y en virtud de ellas, habiéndose verificado el derrame de líquidos sépticos en la cavidad del peritoneo, que sin las mencionadas y provechosas adherencias hubiera sido inevitable, indefectiblemente se hubiese desenvuelto la flegmasia de dicha membrana serosa, que recayendo en un individuo de tan desfavorables circunstancias, no podia hacer dudoso su fatal y rápido término. Felicitémonos por tan venturosa casualidad, y respetemos los designios de la Providencia en esas admirables y sorprendentes combinaciones

de circunstancias que de esta manera preparan los sucesos más inesperados, así respecto de la vida de los individuos, como de la suerte y destino de los pueblos.

¡Leccion sublime y de gran valor científico para no aventurarse nunca á abrir ó perforar tumores intraperitoneales, ora sean abscesos, ora quistes y cualquiera que sea el órgano en que estén radicados, sin procurar anticipadamente establecer esas benéficas adherencias, que son, á no dudarlo, el áncora de salvacion!

Resueltas del modo que me ha sugerido mi razon las anteriores cuestiones, voy á ocuparme ahora brevemente en manifestar qué motivos fueron los que me indujeron á adoptar la operacion cesárea abdominal para la estraccion del feto. Dos caminos se presentaban á mi mente para dicho objeto: *la hysterotomía vaginal* y *la abdominal*. La primera ofrecia graves inconvenientes; á pesar de mis reiterados esfuerzos y de mi tenaz empeño en dilatar mecánicamente el cuello uterino, no habia podido lograr más abertura en dicho orificio que la necesaria para introducir unas pinzas de ramas largas y estrechas: hubiera sido menester hacer estensos desbridamientos para llevar la mano á la matriz y los instrumentos destinados á la mutilacion del feto. Por otra parte, la estraccion sin esta operacion prévia, hubiera sido muy detenida y prolongada, pues habia que esperar que la putrefaccion hubiera destruido los vínculos que

unen las diferentes piezas del esqueleto, para que se fueran presentando parcialmente al orificio de la matriz. El estado general de la enferma era ya demasiado deplorable; las absorciones habian producido gran deterioro en el organismo, y las fuerzas estaban demasiado abatidas, para poder prometerse que resistiera mucho tiempo al influjo de las causas de destruccion, que minaban su existencia. Así que, despues de detenidas meditaciones, me resolví á practicar la histerotomía abdominal, previendo con fundamento que existiesen adherencias entre el peritoneo uterino y parietal; y nos sirviese esta feliz circunstancia para evitar las graves complicaciones que hacen mortal esta operacion en el mayor número de casos. Era, además, este camino más breve y óbvio para separar aquel foco de infeccion, constituido por el feto, que ofrecia indicaciones apremiantes para salvar una vida tan sériamente amenazada. Y si puede decirse alguna vez en terapéutica que el resultado justifica los medios, nunca más lícito que en el presente caso, en que la situación era desahuciada, y en la que tantos eran los temores y tan escasas y remotas las esperanzas.

El tratamiento empleado despues de la operacion era el único posible: ópio para calmar el eretismo del sistema nervioso, atenuar las perturbaciones producidas por el dolor, armonizar los actos vitales y facilitar el desenvolvimiento de la reaccion; las bebidas heladas para evitar

el vómito y las fluxiones de la cavidad abdominal, que era donde amenazaban más sérios peligros; estos eran los medios más indicados en los primeros dias, y que con tanto provecho se emplearon en nuestra operada. Tan luego como fué posible, se le proporcionó el alimento que estaba en relacion con su fuerza digestiva, y se procuró sostener la inervacion con los tónicos, y especialmente la quina bajo la forma de infusion, ya sola, ya asociándole la tintura corroborante de Whit. Las curas fueron sencillas, y se limitaron á limpiar la herida á favor de inyecciones emolientes, aproximar los bordes con largas tiras de diaquilon gomado, aplicando despues planchuelas con cerato ó algun unguento deterativo. La cicatrizacion, aunque lenta, se hizo con regularidad, y adquirió tal solidez, que no ha habido ulteriormente ni indicio de eventracion.

La matriz, despues de estar restablecidas las fuerzas de la operada y mejorada su nutricion, entró en el ejercicio natural de la funcion que habitualmente desempeña.

RESUMEN.

Resulta de lo espuesto, que entre los noventa y un hechos de distócia que acabo de referir, hay veintiocho *aplicaciones de fórceps*; veintiseis en presentacion de *vértice* y dos en presentacion de *cara*; cinco por *inércia*; tres por *estrechez* de la *pélvis*; tres por *tétanos uterino*. En los demás casos, la larga duracion del parto, la permanencia de la cabeza del feto en la escavacion por muchas horas, y el estado general de la parturiente, han justificado la estraccion.

En un caso hubo que practicar la *cefalotomía*, y en dos fué imposible la estraccion con el fórceps por el violento espasmo de la matriz; en otros dos hubo necesidad de desbridamientos por *atrésia* de la vagina.

Algunos partos se hicieron espontáneos en virtud de la eficacia de la terapéutica; en dos habia *insercion de la placenta* en el cuello uterino con grave metrorragia; en uno *procidencia* del

cordón umbilical; en dos *excesiva resistencia* de las membranas; en otros dos *espasmo tónico* de la matriz.

En un caso fué menester hacer la extracción del tronco, por haberse detenido los hombros en el estrecho inferior.

Una presentación hay de *nalgas* entre los partos laboriosos que quedan consignados, y que hizo indispensable la terminación artificial.

Diez son las presentaciones de *hombro ó transversales*; una de *vértice* y otra de *región abdominal* que han exigido la *versión podálica*.

Una vez fué preciso practicar la *embriotomía*, otra la *embriulcia ó evisceración*.

Queda descrito un caso de *histerotomía vaginal*, y otro de *histerotomía abdominal*.

Hay además dos hechos notables de *inversión uterina*, en los que se consiguió la completa reducción.

Han sido incluidas en esta CLÍNICA veinticinco *extracciones* de placenta; cinco por *inercia*; siete por *espasmo*; ocho por *adherencias* con ó sin *enquistamiento*, y cinco en abortos de diversa época.

Un hecho hay de *metrorragia* después de la expulsión de la placenta, y ocasionada por *inercia* del útero.

Esta CLÍNICA, aunque poco numerosa, puede, sin embargo, ser fecunda en consecuencias por el carácter especial de los hechos que la constituyen, y servirnos de provechosa enseñanza para la práctica de la Tocología.

Al meditar detenidamente acerca de los diversos é importantes hechos comprendidos en ella, no es posible dejar de hacer algunas consideraciones generales que se deducen naturalmente de ellos, y á las que la ilustrada inteligencia de mis comprofesores dará el valor que merezcan.

Obsérvase primeramente que el mayor número de aplicaciones de fórceps recaen en primíparas, que imprudentemente han comenzado á hacer esfuerzos para la espulsion del feto, sin haberse dilatado el cuello de la matriz. Este trabajo anticipado ha gastado sus fuerzas antes de empezar el período espulsivo, dejando á la matriz inerte, y al sistema muscular de la vida de relacion postrado. En tal situacion, ha sido preciso, cuando el descanso, el alimento y algun tónico no han restaurado las fuerzas, que el arte supla á la naturaleza haciendo la extraccion con el fórceps. ¡Instrumento inofensivo cuando se dirige convenientemente por manos espertas; pero altamente nocivo cuando se emplea con violencia, y no se imitan los movimientos suaves y lentos del parto fisiológico! Hay la pretension infundada, cuando se usa el fórceps, de convertirle en instrumento de fuerza, y bien ó mal aplicado hacer tracciones poco medidas, verificando la extraccion del feto en breves instantes; creyendo equivocadamente que este proceder realza el mérito y destreza del profesor, y dá más brillo á la operacion ejecutada. ¡Error

deplorable! El organismo, en la generalidad de los casos, no efectúa la espulsion del feto con tan desacertada precipitacion; sino con lentitud y suavidad, dando á la cabeza del feto la direccion más conveniente, á fin de que corresponda por sus diámetros más favorables á los del conducto óseo que tiene que atravesar, preparando y dilatando préviamente las partes blandas que tienen que prestarse al paso del feto. La rápida espulsion no es natural ni comun; y cuando se verifica, no deja de ofrecer graves y muy atendibles inconvenientes: ora rasgaduras del periné, ora metrorrágias consecutivas por inercia del tejido de la matriz, en consecuencia de su precipitada deplecion.

Y hago estas reflexiones, porque yo tambien al principio de mi práctica he pagado este tributo á la impaciencia que me aguijaba, y al natural deseo de completar la extraccion del feto, siempre que me veia en la necesidad de aplicar el fórceps; pero despues he modificado este proceder desatentado, proponiéndome á la naturaleza por guia é imitando el parto fisiológico, en la conviccion de que los movimientos bruscos y violentos no conducen más que á contundir las partes blandas que revisten la pélvis, á magullar los tabiques véxico-vaginal y recto-vaginal, y á producir graves rasgaduras en el periné. He tenido ocasion de comprobar en algun caso, en que los violentos y grandes esfuerzos han vencido resistencias debidas á

desproporcion de dimensiones entre el feto y la cavidad de la pélvis, la inflamacion, supuracion y destruccion de los fibro-cartílagos interarticulares de la sínfisis pubiana y de las sacro-ilíacas, coincidiendo con contusion y gangrena de las paredes de la vagina y del cuello de la matriz.

Es, además, menester conducir el fórceps de modo que quede aplicado  a las regiones parietales de la cabeza del feto, en la direccion diagonal ó directa que aquella tenga con relacion á los estrechos de la pélvis.

Llevar sus ramas conducidas siempre por la mano, interpuesta entre el  uterio y la region correspondiente del feto.

Después de articulado, convencerse de que está bien asida la cabeza, y que ninguna parte de la matriz ó de la vagina se halla comprendida entre las cucharas del fórceps y la parte contigua del feto.

Dirijir las tracciones, siguiendo los eges de la pélvis, y obrar en combinacion con los esfuerzos de la parturiente.

Dar movimientos laterales poco estensos al fórceps, alternados con esfuerzos de traccion; permitir treguas de reposo de cuando en cuando, tanto para que descansa la mano del profesor, como tambien para que se preparen y relajen las partes que ha de atravesar la cabeza del feto; imitar  a la naturaleza en el mecanismo del parto natural.

Cuidar mucho de no comprimir sino con cierto

tacto y mesura, que dá la esperiencia, las ramas del fórceps, con el fin de que no sufra detrimento la vida del feto.

Desistir, por último, del fórceps cuando hay el convencimiento de que tracciones moderadas y hechas segun acabamos de aconsejar, no son bastantes para efectuar la estraccion; en la seguridad de que el fórceps ordinario no es instrumento de reduccion, y es temerario empeño pretender con él reducir el volúmen de la cabeza del feto, haciéndola compatible con la capacidad de la pélvis; siendo muy preferible en tales casos, y cuando el feto carece de vida, recurrir á la cefalotomía ó á la cefalotripsia.

No debe omitirse, que para la conveniente aplicacion de dicho instrumento debe el profesor estar provisto de uno corto y de poca curvadura, como el de Mr. Velpeau ó Dubois, para la escavacion y el estrecho inferior, reservando para el estrecho superior el de Mr. Moreau.

Es necesario, asimismo, persuadirse de que el fórceps tiene su época de oportunidad en la práctica de la Tocologia, y que cuando se emplea tarde, si bien puede satisfacer los deseos del profesor facilitándole la estraccion de la cabeza del feto, no evita las lesiones materiales que la permanencia prolongada de él en la escavacion de la pélvis haya producido. Esta, por punto general, no debe esceder de unas ocho horas, acarreado cuando es más duradera, no solo la muerte del feto, sino tambien gangrena

y perforaciones consecutivas en las paredes de la vagina. Incuria grande he observado comunmente en este punto; y no puedo menos de permitirmellamar la atencion de mis comprofesores, aconsejándoles que no demoren en tales circunstancias el concurso de otros compañeros para resolver con tiempo si el fórceps está indicado, no aplazándolo indebidamente para el momento en que sobrevienen accidentes graves: la eclámpsia, el tétanos uterino, y como complemento de tales desórdenes y compromisos, la muerte del feto.

La extraccion artificial hecha en estas circunstancias, comunmente no impide inmediatas y sensibles desgracias, y deja malparado el nombre del profesor que la ejecuta, achacando injustamente á la ciencia ó á la destreza del que la representa, lo que es efecto inevitable de la intempestiva y tardía aplicacion de los medios operatorios.

Téngase en cuenta que no son resultado de otra causa las fístulas uretro y véxico-vaginales y recto-vaginales, de las que quedan consignados algunos desgraciados ejemplos en esta CLINICA, siendo elocuente testimonio de la indolencia de los encargados de las parturientes que no reclamaron en tiempo oportuno la intervencion del arte.

Los casos que quedan referidos de presentacion de hombro y que han exigido la version podálica, prueban una verdad evidente, y es,

que comunmente se malogra el momento oportuno de efectuarla: el de la completa dilatacion del cuello y rotura de la bolsa amniótica. En estas condiciones, la matriz se halla dilatada, accesible á la mano del profesor, y permite sin violencia la evolucion del feto y su estraccion.

Es muy frecuente no avisar para practicar dicha operacion, sino cuando han trascurrido algunas horas, despues de haberse derramado las aguas del ámnios, de haberse contraido la matriz y de hallarse encajado el hombro en la escavacion de la pélvis. En algunos casos, he tenido que deplorar además que se hayan hecho infructuosas y repetidas tentativas por el profesor encargado del parto para hacer la estraccion, obrando á veces contra lo que la ciencia reclama y hasta el sentido comun indica, con el temerario intento de tirar del brazo, presentando el feto á los estrechos de la pélvis por sus más desfavorables diámetros.

Inútil es que yo me proponga esponer á la consideracion de mis comprofesores la situacion difícil en que coloca á la parturiente este absurdo y desatentado proceder. Me bastará indicar que he encontrado en algunas ocasiones encajado el hombro del feto en el fondo de la escavacion y todo el brazo fuera de la vulva; otras las dos manos; otras desprendido uno ú otro brazo en consecuencia de violentas é imprudentes tracciones, hechas con una fuerza ciega y empleada sin objeto.

El feto, comunmente, estaba ya muerto por la compresion del cordon umbilical y la retraccion notable del tejido uterino, trastornando y dificultando la circulacion útero-placentaria; y algunas veces, hasta macerado por las largas horas que habian trascurrido desde la manifestacion del parto.

La matriz espasmodizada, en un estado de contraccion permanente y á veces hasta tetánica, haciendo dificil, y en algunos casos imposible la version podálica, y teniendo que recurrir para hacer la extraccion á la embriotomía ó á la embriulcia.

En tan deplorables circunstancias he sido convocado frecuentemente para operar; y ya comprenderán mis lectores el triste papel que se reserva al arte en situacion tan dificil y comprometida.

Es, pues, menester que no se desaproveche el instante oportuno para obrar y que ya dejamos indicado, ejecutando la version podálica el profesor encargado de la asistencia del parto, ó si no se siente con destreza y resolucion para este objeto, que coloque en cama á la parturiente; que la aconsege no hacer ningun esfuerzo, y llame al que crea con suficiencia para operar tan luego como le sea conocida la presentacion, y el cuello del útero esté dilatado.

Para hacer la version con fruto y evitar dificultades en la maniobra, lo que conviene sobre todo, que el operador se forme una idea exácta

de la posicion del feto ; es decir , de la colocacion de la cabeza en una ú otra fosa ilíaca, y de la situacion del plano dorsal ; pues teniendo conocidos estos dos datos, puede sin vacilar dirigir su mano hasta encontrar los pies del feto.

No es necesario advertir que la evolucion debe hacerse en el sentido de la flexion; que la mano ha de obrar con suavidad y lentitud en los momentos en que la matriz se halla relajada ; que debe, si es posible, asir los dos pies simultáneamente, ó de un modo sucesivo, y aun practicar la version con uno solo cuando es el posterior.

La mano encargada de la operacion debe ser la del lado correspondiente al hombro del feto ó la homónima , dirijiéndola por su cara palmar hácia el plano anterior ó abdominal del feto; pues de este modo se vá más directamente á encontrar sus pies.

Despues de haber hecho la evolucion , las tracciones han de ser suaves y en combinacion con las contracciones de la matriz , procurando de este modo que no se estiendan los brazos y se desdoble la cabeza; movimientos que inducen grandes dificultades para la extraccion, y huyendo, sobre todo, de estirar la columna vertebral, en razon á que por su flexibilidad hace posible en tales condiciones la prolongacion de la médula espinal, ocasionando la muerte del feto.

Notable es el abuso que se hace en la práctica de la Tocologia del centeno corniculado, cre-

yendo, por una lastimosa equivocacion , que los dolores de parto no se suspenden sino por inercia atónica del útero, y que es necesario activarlos con ese estimulante especial, destinado á poner en contraccion sus fibras musculares. Al examinar los hechos de distócia que esta CLÍNICA comprende, fácilmente podemos persuadirnos del uso intempestivo y temerario que se ha hecho de este medicamento, con aplicacion á los partos laboriosos que han exigido medios operatorios. Sin tener en cuenta la presentacion, el grado de dilatacion del cuello uterino, la índole del obstáculo que se opone á la terminacion del parto, el estado de las vías gástricas, se ha administrado el centeno de cornezuelo, dando lugar este uso empírico y rutinario á los más deplorables efectos. La contraccion tetánica de la matriz, el desórden de la inervacion, la eclámpsia y la muerte del feto, han sido accidentes muy comunes, que, con sentimiento mio, he tenido ocasion de observar, debidos á la inconsiderada administracion de dicha sustancia.

Es necesario no perder de vista que, como todo medicamento activo y tóxico, necesita para ser útil un gran criterio para discernir las circunstancias que le indican ó contraindican; y como de esta cuestion he tratado ya en las REFLEXIONES que me ha sugerido el estudio de los hechos relativos á cada año, me limitaré á decir que es indispensable que la presentacion del feto no ofrezca ningun obstáculo á su expulsion

espontánea ; que la pélvis tenga la conveniente capacidad ; que el cuello uterino esté completamente dilatado , y que la inercia atónica sea la causa eficiente de la suspension del parto. El estado general de la parturiente es tambien muy atendible , y debemos abstenernos de emplear dicho medio terapéutico cuando compliquen al parto desórdenes de inervacion , ó síntomas de un estado irritativo de las vías gástricas.

En vista de estas consideraciones, no puedo menos de inculcar en el ánimo de mis profesores la necesidad de que mediten mucho , y estudien todas las circunstancias del parto antes de decidirse á emplear un medicamento que , si bien puede prestar servicios de importancia en determinados casos , hasta ahora puede decirse en verdad , que en la balanza de la ciencia pesan mucho más los daños y desastres , que los beneficios que ha producido á la humanidad.

Entre los casos narrados en la CLÍNICA , han podido observarse dos de inversion uterina, ocurridos inmediatamente despues del parto , y que por fortuna pudieron ser socorridos por el arte , hasta el punto de quedar completamente reducida la matriz, y salvándose las púerperas. Este gravísimo accidente es debido la mayor parte de veces á inconsideradas tracciones , hechas sobre el cordon cuando todavía está adherida la placenta. Llamo la atencion sobre este hecho , aconsejando á los profesores de Tocologia que se abstengan de efectuarlas con violencia , y

cuiden siempre al hacerlas , para auxiliar la salida de la placenta, de explorar si está desprendida, lo que se conoce en que desciende sin resistencia , y de aplicar una mano al hipogástrio que sostenga el útero y vigile si se conserva en la region que ocupa.

Numerosas son las extracciones de placenta que he tenido necesidad de practicar por diversas causas ; y los pocos accidentes que han ocurrido, y las escasísimas defunciones que han sobrevenido á dicha operacion , me autorizan á sancionar la doctrina de que, cuando la placenta no se desprende espontáneamente y pasan dos ó cuatro horas despues de la espulsion del feto, aun en el caso de no haber hemorrágia , debe extraerse con la mano , á fin de evitar las complicaciones y compromisos que suceden á su permanencia dentro del útero, y las dificultades que ofrece al profesor que ha de practicarla cuando se han malogrado las primeras horas.

Un hecho hay de hysterotomía vaginal por atrésia del cuello uterino, que por su buen éxito, viene á confirmar los beneficios que presta á la vida de la parturiente y á la del feto esa operacion , en el mayor número de casos inofensiva.

Otro he descrito con todos los detalles necesarios de hysterotomía abdominal, que no podrá menos de escitar el interés de mis comprofesores , sirviéndoles de testimonio de los prodigiosos recursos que despliega el organismo, cuando se vé convenientemente auxiliado por la ciencia.

Preciso me es tambien decir , que habiendo recorrido toda la escala de operaciones tocológicas , se encontrarán en esta CLÍNICA triunfos del arte , al mismo tiempo que no pocas y sensibles desgracias.

La mortalidad es sobre todo considerable con relacion á los fetos ; pero no se estrañará si se advierte que , cuando he sido llamado para operar , ha sido en partos que llevaban cuatro ó seis dias de duracion , en los que el útero ha perdido las aguas del ámnios , se han administrado remedios muchas veces intempestivos , ó hecho estériles tentativas para la terminacion artificial. De modo , que cuando se opera , ya el feto se halla muerto en la generalidad de los casos , y á veces hasta macerado.

Inevitable es tambien en tales circunstancias el desastroso fin de algunas púerperas , por las necesarias y graves consecuencias que tienen los dolores prolongados más allá de su límite fisiológico , el agotamiento y desórden de la inervacion , el abatimiento moral , la congestion ó el espasmo tónico del útero , la compresion del cuello y de las paredes de la vagina en partos largos y dificiles , y las lesiones materiales debidas á la intervencion de manos inespertas. Este fatal conjunto de circunstancias hace que se desenvuelvan en el puerperio inflamaciones de la matriz y del peritoneo , flebitis uterina , fiebres puerperales de forma tífica , infeccion pútrida , infeccion purulenta , que arrebatan la

vida de las púerperas; achacándose indebidamente á los medios operatorios lo que es imprescindible resultado de la funesta combinacion de circunstancias que han influido en la marcha del parto.

Concluyo, haciendo á mis comprofesores una observacion que me ha sugerido el estudio de los frecuentes hechos de distócia que he tenido ocasion de presenciarse. El obstáculo que comunmente impide la espulsion del feto en los partos laboriosos, es unas veces dinámico y otras mecánico; es decir, que en unos casos reside en la matriz, y en otros en la pélvis. En los grandes centros de poblacion, la mujer tiene una vida sedentaria y pasiva, que, en mi juicio, es altamente perjudicial á su salud y al natural cumplimiento del parto. La inaccion del sistema muscular debilita su fibra, y esta consecuencia fisiológica debe sentirse tambien en los planos musculares de los órganos internos que tienen análoga ó idéntica naturaleza. Así observamos en muchos partos poca energía en la matriz, contracciones poco vigorosas, que hacen lenta la espulsion del feto; y necesitando mayor suma de tiempo y de esfuerzos, la fibra muscular llega á cansarse, pervirtiéndose en ocasiones su accion, ó agotándose la influencia nerviosa que necesita para ponerse en actividad. Efecto natural y necesario de la inaccion del sistema muscular de la vida de relacion debe ser el incompleto desarrollo de la pélvis; pues en lo general

coincide la amplitud y dilatación de las cavidades óseas con el desenvolvimiento de los músculos que visten sus paredes y tienen puntos de inserción en sus diversas eminencias.

De estas consideraciones deduzco, sin hacer violencia á mi razon, que sería conveniente en las grandes poblaciones que las jóvenes, antes de la época de la pubertad, hiciesen por algun tiempo ejercicios gimnásticos, que tuviesen por principal objeto desarrollar el aparato muscular y desenvolver la pélvis; haciendo que la capacidad correspondiese á las naturales exigencias del parto, ya que el habitual régimen de vida á que se ven despues sometidas cuando son madres de familia, les obliga á una inaccion tan nociva á su salud y al cumplimiento de todas las funciones.

Me permitiré tambien consignar aquí una súplica al Gobierno de S. M., que todos los años repito por conducto de mis jefes, como Catedrático de la Clínica de Obstetricia. Me refiero á la necesidad de establecer una Casa de Maternidad que satisfaga las necesidades de la ciencia y de la humanidad, donde se dé acogida á cuantas embarazadas se vean en la precision de ocultar su debilidad á la sociedad en que viven, y á las que, por carecer de recursos, busquen un asilo en los establecimientos de Beneficencia.

No olvide el ilustrado Gobierno de S. M. lo mucho que interesa á la instruccion esta medida, y los grandes beneficios que de ella re-

portaria la humanidad. Las actuales Casas de Maternidad son todas mezquinas, pobres é insuficientes para que los alumnos puedan estudiar convenientemente el parto fisiológico, y con mucho más motivo los accidentes que le complican, y los auxilios, ora médicos, ora quirúrgicos que en muchos casos reclaman. Y no se diga que las epidemias de fiebre puerperal que han invadido en países estraños las Casas de Maternidad, como funesta y desoladora plaga, hacen dudosa la utilidad de tales establecimientos; porque la ciencia, á favor de luminosas discusiones, ha dado á conocer los lamentables errores que se habian cometido en la construccion de los edificios destinados á dicho objeto, acumulando imprudentemente en una misma localidad gran número de puérperas, y dando lugar sus emanaciones orgánicas y las procedentes de sus flujos, á la formacion de focos infectantes que han producido una enfermedad tífica de marcha devastadora y de éxito comunmente funesto. La diseminacion y aislamiento de las puérperas en pequeños departamentos de corto número de camas, y las buenas condiciones higiénicas de los edificios que tengan este destino, impedirán en lo sucesivo el desarrollo de tan grave mal, no sirviendo de óbice para la instalacion de una gran Casa de Maternidad.

En ella, la enseñanza de la Tocología podia ser completa: los casos de distócia que se presentasen podrian ser interesantes y elocuentes leccio-

nes para los discípulos , y no se verian estos en la dura precision, despues de salir de la Escuela, de formarse á sí mismos en la práctica de la parte operatoria de los partos.

Necesidad imprescindible para algunos profesores , que por su natural inclinacion ó por circunstancias especiales, se vean conducidos á prestar los auxilios de la ciencia en las situaciones graves y comprometidas que acompañan á los partos difíciles y trabajosos.

Y no puede desconocerse, que aun contando con una razon clara, gran serenidad de ánimo y conocimiento cabal de las indicaciones que deben satisfacerse, ha de haber forzosamente vacilaciones, dudas y aun errores al dar los primeros pasos en la práctica de sérias y difíciles operaciones ; por efectuarse casi todas en un sitio recóndito, donde no penetra la luz, donde la mano del profesor no tiene por guía al sentido de la vista, donde la inteligencia tiene que confiarse esclusivamente al tacto.

Reitero, pues, encarecidamente mis ruegos al Gobierno de S. M. para que se digne satisfacer esta necesidad de la enseñanza, tan útil á la ciencia como beneficiosa á la humanidad.

ÍNDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TOMO.

Hechos clínicos.	Págs.
AÑO 1848.	17
REFLEXIONES.	19
AÑO 1849.	52
REFLEXIONES.	56
AÑO 1850.	45
REFLEXIONES.	46
AÑO 1851.	57
REFLEXIONES.	61
AÑO 1852.	66
REFLEXIONES.	70
AÑO 1853.	78
REFLEXIONES.	82
AÑO 1854.	86
REFLEXIONES.	88
AÑO 1855.	95
REFLEXIONES.	96
AÑO 1856.	105
REFLEXIONES.	105
AÑO 1857.	108
REFLEXIONES.	111
AÑO 1858.	116
REFLEXIONES.	121
AÑO 1859.	129
REFLEXIONES.	142

Hechos clínicos.	Págs.
AÑO 1860.	154
REFLEXIONES.	178
AÑO 1861.	195
REFLEXIONES.	214
APÉNDICE.	225
HISTEROTOMÍA VAGINAL.	Id.
HISTEROTOMÍA ABDOMINAL.	250
RESÚMEN.	251

FIN.

