Influencia de la Gestacion
sobre las
Lesiones orgánicas del corazón.

Tésis que para optar al grado de
Doctor
presenta

Manuel Gambín Marco.

Mayo de 1901.

UNIVERSIDAD CENTRAL

Excelentisimo Señor:

Tradicional es ya, que en las tesis para obtar al grado de doctor, comience el doctorando con un preámbulo, en el cual suele lamentarse de la escasez de sus fuerzas para salir airoso del compromiso que por trámite reglamentario se le impone.

Aun á trueque de que se nos tache de rutinarios, hemos de hacer lo propio, pues bien necesitado está de vuestra benevolencia el trabajo que tenemos el honor de pre-

sentaros. No es esto un alarde de modestia, podeis creerlo; y no podia serlo, por que no lo cabe tan hermosa virtud, cuando hay méritos que ocultar, y por desgracia, no nos encontramos en tal caso.

Acudiremos, pues, á vuestra indulgencia, que seguros estariamos de obtener, si otros deberes no fuesen el freno que os ha de impedir proceder con arreglo á vuestra bondad nunca desmentida.

. . .

Con demasiada frecuencia, por desgracia, sobrevienen en el curso de un embarazo que se creia normal ó poco menos accidentes que poniendo en grave riesgo

la vida de la paciente, y produciendo á veces su muerte, sorprenden en grado sumo á las familias y dejan en no muy buen lugar á la Ciencia Médica ó á quien ostenta su representacion. De tales sorpresas tienen la culpa en muchos casos, las afecciones cardiacas.

Y como tales accidentes, se pueden en muchos casos combatir y evitar, y casi siempre pueden ser previstos, contrae una doble responsabilidad el práctico que procediendo con demasiada ligereza no da á las afecciones cardiacas la importancia que les reconoce la ciencia, y descuida en un embarazo el reconocimiento de los órganos de la cavidad torácica: respon-

sabilidad ante la paciente porque quizá dictando él á tiempo sus medidas no hubieran sobrevenido los accidentes; responsabilidad ante la ciencia, porque se la hace aparecer culpable de errores que á ella no se deben.

Si el **cuantum** de la influencia del Embarazo sobre los afectos cardiacos es aun discutido, ya no se duda por nadie de esa influencia. ¿Y porque ésto que es tan perfectamente admitido en teoria no se refleja en la práctica? ¿Por que se contenta en casos multiples el Tocólogo con encargar á la enferma que le avise cuando se presenten los dolores? Si la mujer esperimenta disnea, si sus estremidades

inferiores se adematizan, si en sus labios aparece una ligera cianosis..... todo se considera como molestia muy natural del embarazo, y cuando el tremendo cuadro de la asistolia se presenta, ¿no apenará pensar que tal síndrome pudiera haberse evitado.

Para insistir sobre la importancia que en las afecciones cardiacas tiene el Embarazo, es para lo que hemos elegido el tema que pretendemos desarrollar. Hoy los autores, dejando en parte los principios que abrigaban los primeros que de este asunto se ocuparon, caen quizá en el extremo opuesto, en un optimismo que muchas veces puede calificarse de ciego. Pero hay

ta los que mas parecen desentenderse de la influencia recíproca de esos dos factores gravidez y cardiopatías, instituyen medicaciones, dan consejos higiénicos muchas veces verdaderamente severos, y prueban con su conducta, que si el pesimismo no tiene para ellos razon de ser, es á condicion de no descuidar la auscultacion del torax en toda embarazada, y acudir pronto con los apropiados remedios cuando esten indicados.

Por eso creemos que tiene capital importancia nuestro tema - ¡Ojalá estuviesen nuestras fuerzas en armonía con su magnitud!

Influencia de la Gestacion sobre las lesiones orgánicas del corazon.

I

Influencia de la Gestacion sobre el corazon sano.

Necesario ha de sernos estudiar éste influjo. Tal estudio ha de ser la puerta de entrada, la base para comprender la accion del embarazo sobre un corazon enfer-

mo.

Influencia sobre el pericardio.

El acuerdo es unánime; la influencia del embarazo sobre el pericardio es nula ó al menos no puede apreciarse. La hidremia especial de la gestacion y que para algunos explica los edemas de los miembros inferiores no es tan intensa ni mucho menos que llegue á producir derrame en la serosa pericardiaca.

Tampoco el embarazo se menciona por nadie como causa de pericarditis. Esta, podrá presentarse durante él, como resultado de alguna enfermedad concomitante, pero no hay modificacion ninguna notable, que obligue á admitir al Embarazo

como un factor mas.

Durante el puerperio ocurre cosa aná loga. Es posible que el estado puerperal determine la produccion de una pericar ditis, pero ésta, ó se debe á una enferme dad intercurrente ó á una infeccion puerperal y hay que descartarla, por que versa ésta tesis, sobre la gestación en cuanto en sí es normal.

Con tal restriccion, la influencia sobre el pericardio es nula.

Influencia sobre el miocardio.

Hipertrofia del miocardio. Gabrase observado en muchas mugeres embarazadas, que su pulso

se hacia mas fuerte, se presentaban palpitaciones, congestiones y recayendo la atencion sobre el corazon, pudo Larcher descubrir la frecuencia de la hipertrofia cardiaca en las embarazadas publicando en 1828, sus observaciones hechas durante su internato en la Maternidad de Paris, referentes á 130 mugeres de 18 á 35 años muertas casi todas de fiebre puerperal. En la mayoria de las mugeres encontró una hipertrofia del ventriculo izquierdo, y sentaba como ley que «el corazon en la especie humana se hipertrofia durante el curso de la gestacion». Esta hipertrofia recae sobre el ventriculo izquierdo y es de un cuarto como minimum, á un tercio como máximum. El corazon derecho

y la auricula izquierda) conservan sus caracteres normales. Solo el ventriculo izquierdo se hace mas grueso, mas fuerte y de un rojo mas vivo.

Este hecho fué comprobado por Ducrest interno de Beau, á instancia del cual practico sus mensuraciones. En 100 mugeres muertas durante el puerperio, midiendo el ventriculo izquierdo en el punto de mayor grosor, encontró un espesor medio de 16 m/m lo que comparado con los 10 m/m que segun Bizot, tiene normalmente de espesor la pared del ventriculo izquierdo en la muger, demuestra la hipertrofia.

En 1857 presentó Larcher a la Academia de Ciencias, una memoria sobre los

hipertrofia normal del corazon durante el embarazo y su importancia patogenica. Para él la hipertrofia normal se debe á una ley de coincidencia entre la hipertrofia normal del corazon y la del útero.

A instancias de la Academia se hicieron varios trabajos por Zambaco, Berard y Blot, todos los cuales confirmaron los estudios de Larcher-Blot, atendiendo á lo poco demostrativo de las mediciones en un órgano tan variable como el corazon, acudió como mas seguro al peso y encontró que durante el embarazo aumentaba en mas de un quinto del peso normal. Con todo esto, quedó en Francia como cosa juzgada la hipertrofia cardiaca durante el embarazo

hipertrofia que ofrecia de notable el ser temporal, como la hipertrofia uterina.

Pero no se pensaba así en el estrangero. Bamberger, reconoce el valor de los trabajos franceses, pero cree que se apoyan en pocos casos y que las observaciones se han hecho con ideas preconcebidas. Gerhardt, no se dirige al cadaver; estudia en las embarazadas la matidez cardiaca y comprueba en algunos casos un aumento considerable de la misma; pero la atribuye, no á una hipertrofia cardiaca si no á la gran elevación del diafragma durante el embarazo que empuja el corazon hacia la izquierda y hacia adelante; los bordes pulmonares se retiran y resulta un aumento aparente de la matidez

cardiaca. La prueba, segun él, está en que inmediatamente despues del parto la matidez disminuye.

Gerhardt invoca la opinion de W. Bauer, quien ha encontrado que la hipertrofia fisiológica del corazon es dos veces mas frecuente en los hombres que en las mugeres, y en éstas, rara mas allá de los 20 años deducciones que no se hubieran podido obtener; si en efecto el embarazo normal fuese una tan poderosa y tan constante causa de hipertrofia. A su entender las medidas halladas por Larcher, Pucrest y por él mismo sobre el cadaver estan dentro de los límites indicados como normales por Bizot, Ranking y Rucoh, y en ésta cuestion cree, que mas

importancia que los términos medios, tie-
nen las medidas estremas.

Su último argumento es que con el esfigmografo de Marey, son perfectamente semejan tes las curvas obtenidas antes y despues del punto Acaba por afirmar que cuando en una embarazada se nota la hipertrofia cardia ca, depende de circunstancias accidentales, por ejemplo; una nefritis.

Malachias en 1863; admite una hi-
pertrofia, primero del ventrículo izquierdo y luego del derecho, por la compresion del ute ro sobre la aorta abdominal. La hipertro fia puede acarrear la degeneracion.

Durosiez en 1868, deduce de 135 observa-
ciones que el area de macidez aumenta

haciéndose en vez de 9 × 12 cms que en la mujer es lo normal, de 10 × 15 cms siendo el aumento tanto mayor, cuanto mayor ha sido el número de embarazos. Después del parto, la hipertrofia, va desapareciendo rapidamente, si la mujer no lacta. La lactancia entretiene la hipertrofia cardiaca.

Ollivier en 1869, aunque no presenta observaciones propias, admite la hipertrofia, esplicando por acciones reflejas, que tienen su punto de partida en la uterina por la presencia del feto.

Peter en 1873, publica el primer volumen de sus lecciones de clinica médica

medica, y en ellas se muestra partidario de la hipertrofia cardiaca, solo que la cree total, pues si el ventrículo izquierdo se hipertrofia por que encuentra resistencias, tambien las encuentra en el pulmon el corazon derecho y tambien ha de luchar.

Friedreich y Dusch, despues de varias esperiencias, no aceptan la hipertrofia cardiaca, aunque no se ponen abiertamente contra ella.

Segun Spiegelberg, la hipertrofia cardiaca del embarazo es real, y se debe al aumento en la masa de la sangre y á la mayor tension de la aorta.

Fritsch en 1875, admite un aumento en la masa sanguinea con la que el corazon

no hubo eficazmente, resultando en la mayoria de los casos, una dilatacion de ordinario, en en grado mínimo, de las cavidades cardiacas, en especial, aquellas cuya pared es mas debil y sobre todo la auricula derecha.

En 1877, Macdonald, admite la hipertrofia muy pequeña, acompañada de un cierto grado de dilatacion de las cavidades cardiacas. Esta hipertrofia, seria mucho menos frecuente de lo que se habia dicho y se deberia a un aumento de la tension Sanguinea, en los ultimos meses de embarazo.

Porak en 1880, admite mas bien una dilatacion, que una hipertrofias.

Niemeyer, niega tambien la hipertrofia cardiaca en el embarazo normal.

Colnstein, sin negar la hipertrofia no la cree constante. Compara el estado de gestacion con el de clorosis, y supone que en aquella, como en ésta, hay atresia vascular. Asi como en la clorosis en lugar de hipertrofia puede haber dilatacion, admite como efectos del embarazo, éstas dos modificaciones, aisladas ó combinadas y considerandolas consecutivas á la especie de clorosis observada durante el embarazo.

En Castel, relata otras observaciones y de ellas resulta, que la hipertrofia durante el embarazo existe, pero no siempre.

Wesner en 1.884, incurre en algunas contra-

dicciones. Comienza negando que el corazon se hipertrofia durante el Embarazo y aña de luego que siguiendo el centro circulatorio la ley general, aumenta en el Embarazo de volúmen, como aumenta todo el Cuerpo. La hipertrofia para él, es tan insignificante, que no es peligrosa.

Filips, admite el esceso de trabajo que el corazon se vé obligado á hacer; pero cree que tiene tanta fuerza de reserva, que la hipertrofia no es necesaria.

Vinay la niega casi en absoluto.

Piculafoy en 1.898, la dá aun por generalmente admitida.

Vese pues, cuan divididas han estado las opiniones de los autores. Las razones

en que se fundan, los que admiten la hipertrofia normal durante el embarazo son las siguientes:

1º. Macidez precordial. Encuentrase (y esto es indudable) al final del Embarazo, la punta del corazon desviada hacia afuera, latiendo á veces, á 8 ó 9 centimetros, de la linea media. Igualmente, aumenta la estension de la matidez. Letulle empleando el procedimiento de Constantino Paul para determinar el area de matidez precordial, encontró constantemente en las mugeres no embarazadas, zonas de matidez mucho menores que en las embarazadas. Ademas aplicado el procedimiento, en epocas que variaban, de una hora á un dia despues del alumbramiento, se vió que inmediatamente despues del parto, el aumento persistia,

lo que indica que éstos resultados no se modifican por la curva del diafragma. Al salir del Hospital las enfermas examinadas por Schulle ya presentaban de ordinario zonas de matidez de dimensiones normales. Como estos hechos son ciertos, lo que probaran las objeciones de los autores, es que la matidez no siempre aumenta y de aquí podemos deducir "Que existe la hipertrofia cardiaca normal del embarazo, pero ni es constante ni siempre llega al mismo grado de desarrollo."

2º „ Soplo cardiaco. Fué indicado por Jacquemier en 1837 y se observa durante el embarazo y primeros dias de puerperio. Se ha buscado por muchos observadores y se le ha con-

comprobado bastantes veces, aunque no con la frecuencias que suponia Jacquemier. Sin embargo se admita ó no, no puede ser la prueba que se busca; pues segun Porak no puede deberse á la hipertrofia cardiaca. Estille lo esplica por una insuficiencia tri cuspide, temporal, por dilatacion del ventrículo derecho, pues se nota un soplo vascular y el reflujo venoso en las venas del cuello.

Por el soplo pues, si algo se prueba, mas es la dilatacion que la hipertrofia. En último caso, ni tales soplos son constantes, ni su causa es única. Pueden deberse á la clorosemia á verdaderas lesiones orgánicas, ó pueden ser soplos extra-cardiacos.

3º „ **Hipertension arterial.** Se dice que

hay durante el embarazo mayor tension arterial, y que ésto es una prueba de la hipertrofia cardiaca. El esfigmógrafo que se ha querido sirviera de prueba, de nada sirve, pues el mismo Marey, dice que la altura de cada oscilacion depende, mas del aparato que del grado de tension sanguinea. El esfigmomanometro ya es otra cosa; pero imperfecto todavia, no es estraño que no haya producido resultados decisivos.

4º Peso y mensuracion. Dificultades inmensas presenta la exacta apreciacion de los datos que tales medios nos proporcionan. Seria preciso, en efecto, que antes supiesemos el peso, volúmen, espesor de las paredes etc... en los corazones de mugeres jóve

nes, no embarazadas muertas por un accidente que les sorprendiera bruscamente en estado de salud. Hasta que esto no se haga ¿Como poder comparar? ¡Cuanto influya la edad, sexo, género de muerte, etc! y por si esto no bastára, el grosor de las paredes varia segun que la muerte sorprenda al corazon en sistole ó en diastole.

No obstante, ya hemos dicho que mensuraciones y pesadas se han hecho por muchos autores, Aun admitiendo que el peso y el grosor del corazon, se han encontrado aumentados en mugeres muertas durante el embarazo ó poco despues del parto, Yo pido que se segreguen de los cuadros, los casos en que la muerte se ha debido á una septicemia puerpe-

ral, á una eclampsia, á una nefritis etc, afecciones que influyen sobre el corazon. Pero segun Porak, la nefritis, que puede hipertrofiar al corazon es la intesticial y en el embarazo es la parenquimatosa la que suele presentarse. No obstante cree Vinay, que el aumento de volumen y de peso, nunca existe por el embarazo sólo sino que hay, cuando se presenta otra causa; (lesion valvular ó nefritis, principalmente).

Creemos, sin embargo, que esta opinion como la de todos los que de ella participan, peca de demasiado absoluta, como pecó la de Larcher al sentar su *ley fisiológica* La hipertrofia cardiaca del embarazo y solo por él existe. Son muy respetables las autoridades

que se pronuncian en su favor, y muchos los hechos que la apoyan, para que dejemos de creer lo así. Pero ésta hipertrofia, puede llegar á grados muy diversos, y ser tan limitada en algunos casos que pueda decirse que no existe.

Parece también existir acuerdo sobre considerar que á la hipertrofia, puede acompañar algo de dilatacion, y es posible (si hemos de creer á Letulle) que en ocasiones, la dilatacion vaya delante, y á ella, y como consecuencia suya, siga la hipertrofia.

Una razón que también da Viñas es la siguiente: si el embarazo produjese la hipertrofia cardiaca, en las mugeres que han tenido muchos hijos, su corazon estaria hi-

hipertrofiado. Creemos que no es legítima la consecuencia. El corazon entre un embarazo y otro puede tener tiempo para que la hipertrofia desaparezca, lo cual no ocurre en ciertos casos, en los que se realiza el supuesto de Vinay, es decir, en los que la hipertrofia se hace permanente. Larcher consideraba la hipertrofia permanente como muy abundante entre las mugeres que han tenido muchos hijos, en demasiado temprana edad, ó con pocos intérvalos. A pesar de tal afirmacion y de la de Duroziez que dice que la hipertrofia puede persistir despues del puerperio, no son tan frecuentes los casos de hipertrofia permanente, como efecto del embarazo.

Tanto como nos inclinamos á admitir

la hipertrofia durante el embarazo, nos aparta mos de la idea de supervivencia después de él. Cuando concurran circunstancias de vida miserable, mala higiene, depauperación (quizá producida por los mismos embarazos muy repetidos) podrá haber hipertrofia permanente; pero ya se vé, que no es el embarazo, el que la produce por sí solo.

Admitido pues, que en el curso de la preñez el corazon se hipertrofia ¿Como se explica tal fenómeno?

Larcher alegaba la plétora de la madre y la nueva circulacion a que el corazon tiene que acudir, lo que obligaba á trabajar mas de lo normal; Considerando, que en las embarazadas son tan frecuentes, la cefalalgia (1)

los latidos cefálicos, los rubores súbitos y tantos otros síntomas. pudiera creerse, que la plétora es evidente. Pero pueden ser éstos fenómenos nerviosos, en los que para nada tenga que intervenir el aumento de masa sanguínea. Su mejoría por la sangre es el único argumento para esplicarlos por la plétora. De mas importancia son otros signos: la cara de muchas mugeres se hace mas colorada durante el embarazo. Muchas de ellas, dicen que no pueden durante la gestacion sacarse las sortijas, cosa que hacian antes fácilmente; choca en fin á los comadrones la rareza, de los síntomas anemicos despues de sangrias copiosas hechas en el curso del embarazo ó tras de hemorragias

abundantes en el momento del alumbramiento. Otros se han buscado una prueba en los caracteres del pulso, que Roberto Barney, encuentra mas frecuente, mas lleno, menos depresible. Con los anteriores elementos (bien pocos en verdad) deducen los autores, que hay aumento, de tension sanguinea, efecto de una mayor masa.

Segun Heindenheim, la sangre de una coneja que representa 1/18 de su peso se eleva, á 1/14 6 durante el embarazo- Spiegelberg y Gschleiden, creen que el aumento de la masa sanguinea, sólo tiene lugar en la segunda mitad del embarazo, lo cual confirma, lo que se deduce de las pesadas que Gassner ha efectuado en las mugeres embarazadas.

El nuevo aparato vascular que se desarrolla, la circulacion útero-placentaria, ¿ facilita alojamiento y curso al exceso de sangre? Tan grande es la capacidad que representan en conjunto, todos esos senos (que hacen del útero un tejido análogo á los eréctiles) que solo cuando el aumento de sangre, sea tal que no quepa en los vasos de nuevo desarrollo, podemos admitir un exceso de la masa sanguínea en los vasos ordinarios. Habria pues que saber (y esto se comprende que es casi imposible determinarlo) si el aumento sanguíneo corresponde exactamente al aumento de capacidad de los vasos útero-ováricos y sus dependencias, ó si alguno de tales aumentos es mayor, que el otro. Cuando

resulte exceso de sangre, habrá una dilatacion de los vasos y del corazon mismo, y una mayor masa que poner en circulacion; he aquí ya, una esplicacion de la hipertrofia cardiaca. Ahora bien: como esta pletora no es localisada, sino general, no se esplica, que el ventrículo izquierdo no sufra tambien los efectos. De aquí un ligero grado de hipertrofia añadida á la del ventrículo izquierdo. Esta es mas considerable por que hay otras causas que la producen.

En efecto: se ha dicho que la tension de la aorta está muy aumentada por la compresion que ejerce el útero grávido, ó por las resistencias que se añaden á la circulacion por el desarrollo del nuevo territorio vascular.

Malachia, Saccond, Raynaud y otros buscan la prueba de la compresión de los grandes vasos que se apoyan sobre la pared posterior de la cavidad abdominal, en las varices y el edema de los miembros inferiores que creen demuestran la compresion de la vena cava inferior. A esto se contesta que el edema se esplica mejor por la hidremia, anemia sin albuminuria, ayudada por la gravedad, que en cuanto á las varices, es frecuente verlas aparecer en los primeros meses del embarazo, cuando aún es muy pequeño el volumen del útero, y por el contrario, disminuir algo en los últimos meses de gestacion; y que el útero no está aplicado, sobre la pared posterior si no que está dirijido, hacia adelan-

te y a la derecha.

Se ha dicho que los tumores que se desarrollan en el abdomen (quistes, fibromiomas etc.) no producen la hipertrofia cardiaca á pesar de que entonces hay compresion de los vasos y que dicha compresion no tiene pues, importancia; pero Mansfield ha observado el efecto de los tumores abdominales de crecimiento rapido sobre el corazon y ha encontrado que en mugeres jovenes y fuertes en quienes estos tumores han sido estirpados, el vertice del corazon se encuentra frecuentemente desalojado hacia abajo y hacia afuera mientras que en mugeres debiles y de edad avanzada, si un tumor abdominal crece rapidamente, la insuficiencia cardiaca

es el síntoma predominante á poco de su desarrollo, En este caso, la avanzada edad de la paciente ó sus malas condiciones, no permiten que la hipertrofia compensadora se establezca.

Se ve pues, que no es posible decir sin desentenderse de la clínica, que el aumento de tension arterial no aumenta el trabajo cardiaco ó no produce la hipertrofia

Esta se produce, y como creemos que por muy aplicado que esté el útero á la pared anterior, no está tan ligado, que no toque la pared posterior, puede deducirse que el útero grávido comprime la aorta y esto es una causa de hipertrofia del ventrículo izquierdo.

Saccond, así lo admite en sus lecciones clínicas del Hospital Laribisiere en 1873

Por lo demas la hipertrofia del ventrículo izquierdo, es á la vez efecto y causa. La hipertension aórtica, produce dicha hipertrofia: y desde el momento en que esta existe, debe á su vez elevarse la tension en el territorio aórtico.

En cuanto al sistema vascular útero-ovarico no creemos como Lahs y Volkman, que la circulacion resulte favorecida. Así pasaria quizás, si los vasos de nueva formacion, ó las dilataciones de los preexistentes, no fueren eminentemente tortuosos: el corazon esperimentaría

sistencia en hacer pasar la sangre á su través.

Como dice Fritsch, si la circulacion, fue se facil, en el sistema útero-ovarico, no ha bria tendencia á las congestiones genitales, y las metritis, se mejorarian, durante el embarazo, lo cual no ocurre.

Hé aquí, pues, otra causa de hipertrofia del ventrículo izquierdo.

De todo resulta que mas ó menos discutidas mas ó menos marcada, la circulacion útero-ovarica es causa de hipertrofia del ventrículo izquierdo.

Se explica pues la hipertrofia del ventrículo izquierdo? Pero hay causas que determi-

ven igual efecto en el derecho?. Le ha dicho que el útero comprimiendo el diafragma, reduce la cavidad torácica naciendo de aquí dificultades á la circulacion pulmonar, con la consiguiente sobre-carga de trabajo para el corazon derecho, Esto no es constante: aun cuando se eleve el diafragma y disminuya el diametro vertical, aumentan los transversales por que el torax se ensancha y la capacidad torácica, no disminuye. Pero en casos de hidramnios, de mugeres pequeñas, con feto muy voluminoso, y otros análogos, el hecho podrá ser cierto.

Podrá ésto ser ó no causa de hipertrofia del ventriculo derecho; pero como

hay que admitir la pletora y esta se reparte por todo el aparato circulatorio su efecto llega al citado ventrículo. Este pues también durante el embarazo se hipertrofia, en grado muy variable segun todas las demas circunstancias.

En conclusion pues; el embarazo produce normalmente una hipertrofia de grado variable, á veces casi nula, que afecta en especial al ventrículo izquierdo y también aunque con menor intensidad, al ventrículo derecho.

Durante el parto, es cuando se le pide al corazon mayor trabajo. Las

contracciones de la matriz y de los músculos abdominales, rechazan la sangre del sistema aórtico, dificultan su curso y el ventrículo izquierdo, trabaja con esceso.

Cada dolor expulsivo por otra parte, tiene para la circulacion, y de rechazo, para el centro cardiaco, todas las consecuencias del esfuerzo. En el momento de este, detenida la respiracion por la oclusion de la glotis, el aire encerrado en los pulmones, comprime los vasos capilares (cosa fácil, pues es sabido el debil espesor de tejidos que separa la luz, de tan finos vasos, de la cavidad vesicular.) La sangre se acumula en el corazon derecho, despues en las venas, y a poco que el dolor se prolongue, se ingurgitan las venas de la cara, cuello y miembros superiores. Pero

la sangre que entonces se acumula en el corazon derecho, no es excesiva, es solo una pequeña cantidad, por que sólo podria contenerla en exceso, si se la proporcionasen, las cavas, y su sangre no puede penetrar en su torax, cuya presion está tan aumentada. Es mas le falta la aspiracion que la hace progresar, por que la respiracion está suspendida. En efecto ya Vinkel, habia observado que durante cada dolor los movimientos respiratorios, son mas raros y mas frecuentes entre dolor y dolor. Esto ocurre desde el primer periodo del trabajo, antes de los dolores expulsivos, pero el fenómeno es mas acentuado a medida que el trabajo avanza, por que cada vez son mas fuertes los esfuerzos.

Pero en los intervalos entre dolor y dolor toda la sangre acumulada cerca del tórax, se precipita en el corazon derecho, éste se ve obligado á contraerse, enérgica y fuertemente para librarse de tal sobre carga. De aquí puede deducirse que el ventrículo derecho, trabaja con exceso durante todo el trabajo, en especial cuando éste toca á su fin: durante los esfuerzos, para hacer pasar la sangre á través de los comprimidos capilares del pulmon; entre esfuerzo y esfuerzo para librarse de la sobre-carga sanguinea.

En un corazon enfermo esto podria tener mayores consecuencias. En un corazon sano (que es por ahora nuestro supuesto) nada anormal ocurre y tanto el ventrículo der-

quierdo, como el derecho se amoldan al traba
jo que se les pide. Es mas; la comun por ener
gica que sea obra demasiado poco, para pro
ducir una hipertrofia. Mas verosimil es la
existencia de una dilatacion, por que duran
te el parto, y solo durante él, aprecia Mac
donald, los signos de una insuficiencia tri
cuspide, pasagera que desaparece, en cuanto
termina el parto.

Concluyamos pues, que el parto, no pro
duce la hipertrofia, y que cualquier modifi
cacion que determine en un corazon normal
será pasagera, momentanea.

Despues del parto disminuyen los

resistencias con que el corazon habia de luchar y la disminucion se debe principalmente á la reduccion del sistema vascular, utero-placentario, y á la reduccion de la masa sanguinea. El corazon vuelve á sus dimensiones normales y si el puerperio es normal (que es el caso actual) la influencia sobre la hipertrofia cardiaca es la siguiente: «durante el puerperio, desaparece la hipertrofia cardiaca.»

Degeneración del miocardio.

Que hay razones para que el embarazo produzca la degeneracion grasosa, es indudable. Durante la gestacion, la sangre tiene por tres circunstancias principales, peores condiciones, nutritivas que de ordinario

Es la primera la defectuosa eliminacion que en las embarazadas tiene lugar, como se prueba por la disminucion de acido úrico, urea, fosfatos, sulfatos, creatina y creatinina, que experimenta la orina á medida que el embarazo se acerca á su término. En la sangre de la embarazada, hay remanso de materiales excrementicios y como dice Dienbafoy, en la etiologia de la degeneracion grasosa del corazon «hay que hacer jugar un cierto papel á los productos de desasimilacion acumulados en la sangre. Ellos solos, en efecto (escorbuto, caquexia, exceso experimental) serian capaces de alterar la vitalidad del músculo cardiaco».

Es otra razon, la anemia especial, que por efecto del embarazo se produce. Aunque

no hay hoy, el acuerdo que sobre éste punto existió cuando se hicieron las primeras observaciones, sobre la materia, hicimos, que en muchos casos, existe una notable disminucion de la hemoglobina y globulos rojos, de la albumina y de algunos otros materiales nutritivos. Es sabido que el hecho de que un órgano reciba para su nutricion, sangre deficiente, es una causa de degeneracion, y éste puede ocurrir con el corazon sobre todo, cuando éste por su exceso de trabajo, necesita sangre mas rica. Hay esperiencias en apoyo de ésta opinion. Leopoldo Lerl, ha producido la degeneracion grasosa del miocardio, en los perros, practicandoles sangrias sucesivas.

En tercero y último lugar, la sangre se

hematosa mal durante el embarazo. En efecto en muchos casos, la capacidad respiratoria disminuye, y disminuye tambien la cantidad de hemoglobina. He aquí dos razones para que la hematosis sea deficiente. Tal deficiencia no se compensa por que no se nota sensible aumento en la frecuencia respiratoria durante el embarazo. Hay pues, menos eliminacion de anhidrido carbónico y menor absorcion de oxigeno y estas dos circunstancias, hacen que la sangre subvenga peor á las necesidades de los elementos orgánicos.

El exceso de trabajo del corazon, efecto de todas las razones que á proposito de la hipertrofia mencionamos, no puede ser causa de degeneracion, salvo el caso en que la sangre

no dé los materiales suficientes y entonces la sangre es la causa; no el esceso de trabajo.

No se nos alcanza que pueda haber otras causas de degeneracion que analizar. Una enfermedad intercurrente, podría tener mas ó menos accion en este sentido; pero esto cae de lleno fuera de la cuestion actual.

Solo pues, las condiciones de la sangre durante el embarazo, son las que á nuestro entender pueden determinar la degeneracion grasosa.

Admitido que puede el embarazo, producir la degeneracion ¿la produce en realidad?

Conviene advertir que en las autopsias, se comete en general una falta grave: se descuida examinar el estado del miocardio. U

nos autores aseguran, haberla encontrado en
gran frecuencia, otros no la admiten. Spiegel-
berg, le atribuye la rotura brusca del cora-
zon que en un caso observó, pero la rotura
del corazon no cabe, solo por la degeneracion
que un embarazo produce. Es indudable que en
tal caso habia una degeneracion antigua
del miocardio; Vinay, con cuya opinion, aunque
quizá sea demasiado absoluta, estamos con-
formes concluye del modo siguiente: « Cuan
do el miocardio esta sano en el momento de la
concepcion y el embarazo no ha sido pertur
bado por ninguna enfermedad intercurrente,
la degeneracion de su fibra muscular, no se
verifica jamas. »

Pasado el alumbramiento y transcurridas las

primeras horas, en que la mujer está mas o menos anémica, la sangre va recuperando gradualmente sus condiciones normales pues, como observa Macdonald, aunque haya hemorragia, los órganos hematopoyeticos no pierden el habito de producir mas sangre que por el embarazo adquirieron. Al verificarse la subida de la leche el restablecimiento de la normalidad se suspende y la debilitacion que la lactancia produce, con el gasto de materiales que le es consiguiente, puede considerarse como continuadora del Embarazo en lo que se refiere á la degeneracion del miocardio.

Hay otra cosa por lo menos probable.

El útero involuciona, siguiendo un proceso

bastante conocido. El corazon que se hipertrofió ya con la matriz y que con ella involuciona ¿sigue en su marcha regresiva, iguales trámites que el útero? Si por analogia se opta por la afirmativa, encontraremos en el mio cardio lo que Bröers encuentra en el útero.

Aqui en los primeros momentos despues del parto las fibras musculares, hipertrofiadas disminuyen de calibre por la disminucion de glicogeno. Al mismo tiempo el tejido conjuntivo intermuscular pierde gran parte de agua. Pasado el primer dia ya se observa una verdadera degeneracion grasosa que es la que termina el proceso. Por analogia, es pues probable, que en el corazon despues del parto, desaparezcan fibras mus-

culares por degeneracion grasosa, como es posible que éste proceso, vaya mas allá de lo normal y acarree en algun caso un estado morboso.

Esto no pasa de ser hipotesis. Nada prueba que el puerperio, produzca en realidad la degeneracion del miocardio normal.

Influencia sobre el endocardio

Podemos conocer la influencia de la gestacion sobre el endocardio sano, por la produccion de endocarditis, y por las modificaciones en los orificios. Siendo el estudio de éstas tan inseparable del que se haga de las endocarditis subagudas y crónicas, podemos limitarnos en el desarrollo de este punto á estudiar á la gestacion como productora de endocarditis.

Comencemos por decir que la endocarditis puerperal, no solo existe, si no que es frecuente revistiendo en la mayoría de los casos, gravísima marcha. Pero entonces el puerperio mo-

ne influencia alguna específica. Es una consecuencia de una septicemia puerperal y hay que desentenderse de ella, por que no nos incumbe. El puerperio aquí, es patológico y no es nuestro objeto estudiar su influjo. Aparte de ésto, podrá durante el puerperio observarse una endocarditis que sea continuación de una ya existente antes del parto. Fuera de estos casos, no creemos que en condiciones normales el puerperio determine una endocarditis.

Respecto del embarazo la cuestion cambia. No hay acuerdo entre los autores, pero ya hay muchos que admiten la posible produccion de endocarditis en un corazon sano por un embarazo normal.

Puede la endocarditis gravídica, presentar tres tipos: aguda, sub-aguda y crónica.

Endocarditis aguda.

Simpson (1847-1854) ya mencionaba la producción de endocarditis aguda, por la gestación, pero casi todos sus casos se refieren al puerperio. Sus casos clínicos pueden mirarse como nuevos brotes de endocarditis sobre endocarditis antiguas, pues aparte de no mencionarse el estado anterior del endiocardio, hay en muchos antecedentes reumáticos antiguos.

¿Podía mirarse aquel corazon como normal?

Virchow y muchos despues de él, tambien hablan de la endocarditis aguda, refiriendola solo al puerperio.

Charcot y Vulpian, no la consideran para en el embarazo, pero no mencionan casos clínicos que apoyen su opinion.

Decorniere, presenta un caso en que la endocarditis, pareció comenzar durante el embarazo.

Grissolle, refiere un caso de endocarditis con cuadro tifódico, desarrollada en el cuarto mes de embarazo y comprobada por la autopsia.

Peter refiere un caso en el cual se presentaron al cuarto mes de embarazo, dolores articulares y el aborto, sobreviniendo pocos dias despues un cuadro tifódico, consecutivo a una endocarditis supra-aguda. Puede pensarse que la afeccion comenzó durante el embarazo. Pero ¿Aquellos dolores, fueron efecto ó causa de la afeccion cardiaca? ¿La afeccion cardiaca se

debió á alguna enfermedad concomitante ó al embarazo puramente?

En un caso de Petrelle, hubo endocarditis aguda durante el embarazo, pero su causa evidente fué el reumatismo que sobrevino en el 4º mes de gestacion.

Otra observacion de Lebert se refiere á un caso en que apareciendo los síntomas el mismo dia del parto, es probable que la endocarditis, se debiera á una afeccion puerperal prematura.

Porak refiere un caso que para él no es dudoso. Una muger sin antecedentes reumáticos ni enfermedad que hubiera podido determinar la endocarditis, al tercer mes de embarazo sufre una afeccion, no bien definida, con do-

lor en el hipocondrio izquierdo, disnea intensa, apreciandole dos meses despues, sinto mas de endocarditis. Aborta á los cinco meses, muere 7 dias despues y en la autopsia se encuentran los vestigios de una endocarditis vegetante. Porak termina diciendo que hay que llamar la atencion sobre éste hecho y repetir que la endocarditis aguda, puede existir durante el embarazo, por que hay en ciertas obras tendencia á negarlo. Pero creemos que se le puede aun objetar á Porak, que no habrá nadie que niegue la coexistencia, por que nadie ha de suponer, que el embarazo sea una defensa contra las endocarditis agudas? No hay acaso fuera de la gestacion endocarditis de ésta índole cuya causa nos escapa?

Falta saber (que es lo que se discute) si el embarazo favorece ó produce por sí solo, la endocarditis aguda y esto no vemos, que resulte de los hechos que reune.

Jaccoud, ha descrito bajo el nombre de endocarditis infecciosa gravidica unos accidentes acaecidos en el cuarto mes del embarazo. Pero basta recordar que la enferma era sifilitica y albuminurica, para comprender, que no será este caso, cuya etiologia es tan obscura el que nos resuelva la cuestion. Si algo podemos deducir, existiendo sifilis y albuminuria (que no es normal en el cuarto mes de embarazo) es quizá una pefritis sifilitica causa de los accidentes observados.

Teoricamente sin embargo podemos admitir que el embarazo tenga ese funesto influjo. La

falta de proporción entre la desasimilación y la asimilación orgánica, el surmenage, las malas condiciones orgánicas, colocan al organismo en condiciones de receptividad para los gérmenes de la endocarditis séptica ó infectante, y en ciertos casos, el embarazo podrá crear, este estado de cosas y determinar una endocarditis aguda. Faltan hasta ahora, observaciones que hagan indudable éste supuesto.

Endocarditis sub-aguda y crónica.

Las primeras observaciones de Lobr, se referían solo á afecciones producidas durante el puerperio.

A Ollivier se debe, el haber demostrado la influencia de las pirexias sobre la producción de la endocarditis subaguda ó crónica. Sin embargo sus observaciones, no bastan para resolver la

cuestion.

En ellas mas veces, se observa la sub-aguda, en otras la crónica, ya desde luego, ya como consecuencia de la sub-aguda. Llama la atencion principalmente, sobre el peligro que en sí lleva la crónica, que como á tal se establece, sin ningun síntoma prévio de agudeza, pues la lesion pasa desapercibida, por que las molestias que provoca se interpretan por la clorosis el embarazo, etc. y la afeccion cardiaca pasa ignorada; Y gracias si tal ocurre, y no nos sorprenden terribles síntomas!

Bucquoy mas tarde, consideraba á la gestacion como una causa de endocarditis valvular, en especial los embarazos repetidos ó la lactancia prolongada.

Esta opinion se admite generalmente, lo mismo que las afirmaciones de Ollivier, y sin embargo, no es bastante razon, para mirar al embarazo como productor, el que no haya otra causa apreciable! Cuantas veces, en el sexo masculino no se sabe á que atribuir la Endocarditj!

Segun el citado Ollivier de 20 mugeres embarazadas, que no presentaban ninguna causa de enfermedad cardiaca, 2 veces existian soplos anormales, deduciendo que en el 10 por 100 de los casos de gestacion, hay lesiones valvulares que solo á la preñez pueden atribuirse.

Pero pueden hacerle á esta deduccion varias objeciones. En la mayor parte de los casos se trata de trastornos cardiacos, que fué despues del parto cuando se reconocieron. Faltaria saber si se pro-

dujeron durante el puerperio. Aunque se probase que durante el embarazo, existian, falta saber si la lesion era anterior á la preñez, revelandose durante esta. En efecto: en alguna de las mugeres, ya en una preñez anterior ó fuera de ella habian sobrevenido, trastornos cardiacos.

Pinard dice «que quizá una muger que
« parece tener el corazon sano, puede tenerle enfer-
« mo, y que la gestacion por la sobre actividad
« funcional que imprime al corazon, ha podido
« simplemente, descubrir la presencia de la afeccion
« desconocida y producir alteraciones funcionales.»

Cabe una endocarditis sobrevenida durante la gestacion, por una metritis anterior á ella, siendo a menudo producida por Streptococo. Dieulafoy que admite la endocarditis gravidica, admite

como gérmenes de ella, además del Streptococo, al pneumococo y bacilos no clasificados, uno de los cuales es el hallado por Lion y que tanto varia segun el terreno en que se cultiva.

En realidad que el embarazo, produzca alteraciones del endocardio sano, se esplicaria, por que el contacto de esta túnica con una sangre que como hemos visto, se aparta de lo normal, y en nutricion a espensas de esa misma sangre, serian bastantes para esplicarnos tales alteraciones. Sin embargo esto es una hipotesis. Habria para demostrar su legitimidad, que presentar unos gérmenes de endocardio positivamente sano en que un embarazo completamente normal (para que no hubiera dudas en la etiologia) produjese luego una endocarditis. Tal demostracion no se ha hecho. No es

fines que negamos, que el embarazo puede provocar la endocarditis, en un corazon sano, pero decimos que no está probado suficientemente.

Respecto á lesiones valvulares, aparte su relacion con las endocarditis, cabe otro mecanismo. El embarazo que produce hipertrofia y dilatacion del miocardio, con algo quizá de degeneracion, podrá determinar por tales procedimientos una insuficiencia. Ya hemos hablado de la insuficiencia temporal de la tricuspide durante el parto. Fuera de éste, nada hay que pruebe el hecho.

Hasta aquí la influencia sobre el corazon sano. Del estudio hecho (que nos podrá servir para comprender la accion sobre el corazon afecto) se desprende que en general, aunque la gestacion, en sus tres faces, puede influenciar las tres túnicas de un

corazon normal, por sí sola no determinan fenomenos patológicos en ninguna de ellas.

II.

Influencia del embarazo sobre el corazon préviamente lesionado.

Pericardio

No parece que la gestacion agrave una pericarditis antigua. De una observacion de Vergely nada se deduce. La influencia sobre la pericarditis es nula.

Miocardio.

Sabiendo que la hipertrofia, es muchas veces efecto del embarazo y que la degeneracion puede serlo de éste y del puerperio, comprenderé facilmente, que cuando éstos trastornos existan ya antes de la gestacion, por el hecho de estar han de acentuarse considerablemente.

Durante el parto es cuando las lesiones degenerativas del músculo cardiaco, ofrecen el maximo de peligro. El exceso de trabajo que el miocardio se ve obligado a hacer; las presiones con que han de luchar las paredes cardiacas, cuando estas paredes no tienen resistencia, favorecen la ruptura del corazon, que ó se verifica entonces ó en el puerperio; pero relacionada

evidentemente en este caso, con el agotamiento que el Parto produjo.

Observaciones confirmativas de estas ideas teóricas, no son abundantes, quizá por que la degeneracion pura, sin lesiones valvulares, es rara y ademas dificil de reconocer hasta el momento de los trastornos mortales. Spiegelberg, expone una observacion, referente á una muger que sin haber esperimentado previamente, sintoma alguno, á los tres dias, despues del parto, murió subitamente por rasgadura del corazon. El miocardio presentaba tal degeneracion que se comprendia, era imposible se hubiera producido durante el embarazo. Indudablemente el corazon estaba ya degenerado de antemano. Las válvulas y el resto del endocardio eran completamente nor-

males.

La mayoria de las veces la degeneracion ó la hipertrofia no van solas, acompañan á una endocarditis ó á una lesion valvular, sin que á veces pueda decirse por que capa cardiaca comenzó la enfermedad, si por el endocardio ó por el miocardio. Por eso en general la influencia de la gestacion sobre el corazon se ejerce sobre una lesion compleja, en la que la endocarditis que ha tomado principalisimo lugar va acompañada de trastornos del miocardio. Allí es donde se podran estudiar mas estensamente los efectos de la gestacion sobre el miocardio, estudio inseparable de la influencia sobre las lesiones valvulares.

Hay no obstante una forma de cardiopatia

que es modificada desfavorablemente por el embarazo y que se descuida por los autores, demasiado atentos quizá, á las lesiones valvulares: se trata de la hipertrofia que se manifiesta como consecuencia de la arterio-esclerosis y de la nefritis intersticial. Es rara en las embarazadas porque solo suele presentarse despues de cierta edad.

El embarazo tiene una influencia desastrosa. Influye directamente sobre la hipertrofia cardiaca, que aumenta, y sobre su causa (nefritis) que exagera. Puede entonces producirse la degeneracion rápida del miocardio y los síntomas de asistodia.

Endocardio
(lesiones valvulares)

La influencia desfavorable de la gestación sobre las lesiones valvulares, no había llamado la atención en la medida de lo justo. Ammaj: creemos que no se tenía de esa influencia, un concepto exacto por cuanto á principios del siglo XIX, había facultativo que aconsejaba la preñez como medio de aliviar una cardiopatía.

Costa en 1827, al dar cuenta á la Academia de Medicina de París de un caso de lesión valvular con trastornos graves en el curso del embarazo, que terminaron después el parto prematuro-expontaneo preguntaba á la Docta corpo-

racion, si estaba permitido provocar el parto prematuro cuando la enfermedad cardiaca, comprometiera la vida de la madre y del feto, suponiendo ya éste viable. La Academia respondió que nunca es permitido el parto prematuro artificial, sobre todo cuando puede tal parto provocado ser funesto para los dos seres.

En 1848, Devilliers y Regnault, refieren al embarazo la agravación de las lesiones cardiacas y la aparición de la anasarca que puede existir durante la gestación y desaparecer después de ella. El parto prematuro, en su concepto, alivia á la paciente y detiene la asfixia. Y aun cuando, de mugeres con enfermedades cardiacas, han visto nacer, niños bien desarrollados y sanos, preguntan si en un caso de

accidentes graves, se debe recurrir al parto prematuro artificial.

Dehons (1854), discute las indicaciones del aborto y del parto prematuro en las afecciones cardiacas y tiene manifiestamente como norma, la vida del engendro, pues rechaza el aborto y aconseja el parto prematuro al que considera como perfectamente legítimo, creyendo sin él cierta la muerte de la madre y del hijo. Con la provocacion de parto prematuro, hay menos probabilidades de que viva un ser enfermo, por otra parte, ya esta muy comprometida, pero es mas probable la conservacion de la muger.

En 1859, Larcher se espresa así « en las « mugeres atacadas de afecciones cardiacas ante

" riores y en las que sobreviene un embarazo, he vis-
" to hacerse, mas acentuados, los signos de la afec-
" cion cardiaca, á medida que nos alejabamos
" de la época del parto. He visto ademas en muge-
" res atacadas de una afeccion cardiaca ligera
" apenas apreciable, producir el embarazo una marcada agracion".

Hecker y Buhl (1.861) creen que la agrava cion de las enfermedades cardiacas, durante el embarazo, se debe á la elevacion del diafragma, reduccion del tórax y esfuerzos de parto.

Dr Christopheris Malachia en 1.863, indica la agravacion de los accidentes cardiacos durante el embarazo y en especial por los esfuerzos de parto, y es partidario, del parto prematuro artificial.

Jules Simon (1.866) admite la agravacion

de las enfermedades cardiacas, por la influencia de la gestacion.

A pesar de los esfuerzos de los autores anteriores, la cuestion aun no encontraba su asiento, en las obras magistrales de Obstetricia, ni en las de Medicina.

Cazeaux en 1.86⅞, es ya mas explicito, pues se expresa así «La Academia de Medicina ha »» cometido ciertamente el error de tratar de incon »» veniente, la proposicion que le hizo Costa en 1.82⅞, »» y en la que éste preguntaba, si no habia lugar »» á provocar el parto, siempre que el embarazo está »» complicado con una enfermedad, que amenaza »» proximamente la vida de la madre, suponiendo »» que el feto sea viable. Sin duda ésta cuestion ne- »» cesita, madurarse antes de resolverla y la propo-

" sion de Costa, tenia el inconveniente de ser demasiado general; pero encerrada dentro de ciertos
" limites, fijados por la observacion recibiria y
" ha recibido ya numerosas aplicaciones; una
" enfermedad del corazon muy avanzada etc. etc..
" son ciertamente accidentes tan graves como
" una hemorragia ó un estado convulsivo y cuan-
" do todos los recursos terapeuticos se han agotado en vano, el parto provocado, me parece prac-
" ticable. »

En 1868, 1869 y 1873, publica Oliver una serie de memorias, ocupandose sobre todo de la influencia del embarazo sobre la endocarditis, cronica, en especial, en lo que se refiere á la produccion de embolias. Cree que estas se deben al desprendimiento de vegetaciones cardiacas por

el obstáculo á la circulacion cardiaca que resulta del desarrollo del útero.

Pinteguat, que en 1871, se ocupa de la cuestion, publica la observacion, de una jóven afectada de insuficiencia aórtica, que en el octavo mes de embarazo, dio á luz, tras un trabajo de algunas horas, en medio de perturbaciones pulmonares graves. Sin embargo la observacion es poco demostrativa por que habia á la vez una hemorragia.

Tambien en 1871, Spiegelberg, en una importante memoria afirma que la insuficiencia aortica es temible durante los ultimos meses del embarazo, por el aumento de tension que para él es evidente, en el sistema aortico. Nace de aquí la posibilidad de acci-

dentes graves al final de la gestacion, los cuales disminuyen despues del parto, puesto que la tension arterial disminuye. En cambio en la insuficiencia mitral menos peligrosa que la anterior, durante el embarazo hay verdadero peligro despues del parto, por que la sangre contenida anteriormente en los vasos del útero, es empujada fuera de ellos, resultando un aumento de tension en la circulacion venosa general. Entonces despues del parto, es cuando la insuficiencia mitral puede producir accidentes.

En apoyo de su opinion cita dos casos que observa. Su tratamiento estriba en tonificar el miocardio, pero con interdiccion de la digital.

El parto prematuro artificial, cree que podía estar indicado en la insuficiencia aortica, pero nunca en la insuficiencia mitral.

Lebert en 1872, insiste sobre la existencia de lesiones valvulares mucho tiempo latentes y sin manifestarse por accidente alguno. Considera mas frecuentes las lesiones mitrales en las embarazadas con relacion á las otras lesiones valvulares y dice, que sólo se producen accidentes en el embarazo, cuando éste rompe la compensacion, lo cual á veces se logra, gracias á la degeneracion grasosa del miocardio que el embarazo, segun él, produce con frecuencia.

El gran clinico Peter en su "tratado de clinica" llama la atencion sobre éste punto

sobre el que publica una serie de notables trabajos. Señala la influencia del embarazo en la produccion de accidentes precoces, por enfermedades cardiacas, dandoles el nombre de accidentes gravido-cardiacos, con el que desde entonces se les estudia por todos los autores.

Peter, da una gran importancia en la patogenia de estos trastornos á la plétora sanguinea que sobreviene sobre todo al quinto mes, plétora que para él, es una dificultad para la circulacion mayor y tambien para la menor, tanto mas eficiente cuanto que ambas circulaciones ya estaban dificultadas, mas ó menos, segun el grado y sitio de la lesion.

Insistiendo en especial sobre los accidentes pulmonares, concluye con la celebre frase:- » filles

pas de mariage; femmes pas de grossesse; mères, pas d' allaitement.»

En lo que á tratamiento se refiere, aconseja una vigilancia constante del corazon y de los pulmones y una intervencion enérgica, desde los primeros momentos. Aconseja la sangria, y sostiene las indicaciones del parto prematuro artificial. Despues de ésta fecha, Peter, no cesa de llamar la atencion sobre éste asunto, y á él en efecto se debe que ya á nadie pasen desapercibidas tales problemas.

Duroziez en 1873 insistiendo sobre la gravedad de las enfermedades cardiacas, concomitantes con la gestacion, fija las indicaciones del parto prematuro artificial, pero previene tambien que no hay que atribuir excesiva grave-

dad á la mencionada concomitancia, pues una cardiaca puede pasar sin accidentes y á veces la enfermedad, no parece agravada por el embarazo y sigue siendo, lo que sin ésta complicacion hubiese sido.

G. See (1874) llama la atencion sobre el pronostico de las lesiones valvulares, cuando sobre viene un embarazo.

En 1876, se defienden en Paris varias tesis por Berthiot, Marty, partidarios, que de Dueños llama estremados, de Peter. En ellas se atribuyen esclusivamente al Embarazo muchos accidentes en cardiopatas. En todas se deduce que el embarazo siempre es mas ó menos funesto y prohiben el embarazo en todas las circunstancias. Los hechos que refieren y en los que se apoyan, no

tienen todos igual valor. No obstante algo de notable presentan tales tesis, y es la iniciacion del estudio formal del pronóstico relativo de las diferentes lesiones valvulares, comparadas unas con otras.

Berthiot (uno de los autores citados) basado en 36 observaciones, llega á las siguientes conclusiones. Por la modificacion que imprime al aparato circulatorio, ejerce el embarazo una funesta influencia sobre las enfermedades del corazon. Recíprocamente, éstas son un obstáculo para la buena marcha de la gestacion, produciendose muchas veces el aborto ó el parto prematuro. De aquí que una cardiaca debe evitar el embarazo. El médico deberá disuadir del matrimonio á tales enfermas. Le deberá auscultar el corazon de toda embarazada y en caso de lesion cardiaca, prever

los accidentes y tomar preconciones contra ellos Si la muger dá á luz, no debe lactar, para no fatigar su corazon ya dañado. Como último recurso el Médico está autorisado para practicar el aborto.

Macdonald en 1877, admite en el embarazo la produccion de brotes recientes de endocarditis, que puede ser ulceroso, los cuales se suman á las modificaciones del miocardio. (que como vimos admite) para agravar las enfermedades cardiacas durante el embarazo.

Chiaras en 1877 precisa, que no solo el embarazo agrava las lesiones cardiacas, sino que puede producirlas.

Porak, en su tésis de agregacion de 1880, sigue á Peter aunque es menos absoluto en sus

afirmaciones. Por el gran número de datos y por lo completamente que trata la cuestion, esta tesis merece mencionarse.

Cournejol, poco despues apoyandose en la tesis de Porak, a cuyas observaciones suma las suyas propias, emite tambien, ideas análogas á las de Peter.

Hasta aquí parecia que evolucionando paulatinamente las opiniones, el acuerdo habia llegado á ser unánime. El veto pronunciado por Peter con su celebre frase parecia sintetizar la opinion de los prácticos. Todos concedian á la gestacion gran influencia sobre las lesiones valvulares, y de aquí el tratamiento uno de cuyos preceptos, se reasumia en aquella frase.

Algunas voces discordantes se dejaron oir.

Vessier en una tesis (1884) difiere en alguna de sus conclusiones, de la opinion anterior. En algunos casos, en efecto, dice el citado autor que la gestacion (bien sea el embarazo, bien el puerperio) puede producir accidentes graves, pero que, estos casos hacen mucho ruido, se miran como tipos y se olvidan los casos, en los que por no haber accidentes, la lesion cardiaca, escapa á la observacion. El pronóstico para la muger y el feto es mejor de lo que generalmente se cree.

Saccard en 1886, hace una leccion clinica notable por que, la paciente habia sido observada en el Hospital anteriormente, y se puede comparar entre la lesion, tal como era antes del embarazo y tal como se presentaba durante él. Despues de re-

ferir el caso, concluye Jaccoud, que la influencia del embarazo fué absolutamente nula sobre la enfermedad cardiaca de aquella embarazada.

Pero Queiros (1889) sobre ser acérrimo defensor de la opinión de Jaccoud dice « la influencia del
» embarazo sobre las enfermedades cardiacas es in
» dudable; pero sólo en algunos casos y á veces le
» acompañan otras circunstancias que no hay
» que despreciar. »

El mismo Tinay, que tambien admite que se ha exagerado mucho la influencia de la gestacion, la reconoce en algunos casos.

Deducimos pues, de esta reseña en la que hemos procurado recoger la opinion de los principales autores, que podrá variar la frecuencia del hecho; pero es indudable, que en algunos casos,

(pocos ó muchos; pues esto mas tarde hemos de ver lo) la gestacion agrava la endocarditis crónica

¿Como produce el embarazo la agravacion.

Para esplicarnos esta agravacion nos presta base eficaz el estudio que hemos hecho de la influencia del embarazo, sobre el corazon sano. Hemos visto que produce hipertrofia, que produce algo de degeneracion grasosa del miocardio y que puede producir endocarditis. Todos estos efectos podran ser mas ó menos marcados en un corazon sano cuyo miocardio no tiene predisposicion morbosa. Pero en las lesiones valvulares antiguas, ya el miocardio sufre un exceso de trabajo, ya se solicita su hipertrofia, quizá está ya abocando á la degeneracion y el embarazo en

cuentra tan preparado el terreno, que allí es donde produce sus efectos, que tan poco marcados son en lo normal.

Cuando el corazon está quizá en equilibrio inestable, cuando estaba ya, digamoslo así, gastando el último cartucho, y gracias á esto, la lesion no se revelaba, porque la compensacion aun se sostiene, toda resistencia que se añada, puede ser el botafuego que acabe con aquel estado de calma. Que esa tendencia á la hipertrofia y á la degeneracion y ese aumento de resistencias existen, creemos que sería incurrir en repeticiones quererlo probar de nuevo. Que tales efectos son causa bastante para explicar una agravacion de la cardiopatia, nos parece tan evidente, que no necesita pruebas.

Pero nos queda aun una cousa que analizar: la produccion de brotes de endocarditis reciente que se suman á los de endocarditis antiguas, de lo cual se citan muchos hechos comprobados por la autopsia. Estos brotes se caracterizan por pequeños nodulos rojos, diseminados en corona, sobre las valvulas, ó reunidos en grupos que los autores comparan á una mora. Las lesiones recientes pueden distinguirse de las antiguas, porque son mas eflorescentes, y de aquí que se les llame vegetaciones verrucosas ó pediculadas. Estan unas veces separadas, otras reunidas en coliflor, y cualquiera de las valvulas puede ser su asiento; no obstante es mas frecuente hallarles sobre la mitral. Su aspecto es muy variable, y así unas veces estan ulceradas, otras recubier-

tas de una exhudacion fibrinosa, ó bien de coagulos sanguineos.

Tales brotes recientes se han señalado segun Porak, nueve veces en 24 autopsias. Pero no indica dicho autor á que se refieren esas 24 autopsias, si son de mugeres cardiacas, de embarazadas cualquiera que sea el estado de su corazon etc y bien poco podemos por lo tanto deducir de dicho dato.

Del desprendimiento de los coagulos que á las veces se forman y hasta del desprendimiento de las mismas vegetaciones, resultan embolias en distintos órganos como el pulmon (con la consiguiente disnea y hasta muerte súbita por obstruccion de la arteria pulmonar) á los riñones produciendo un infarto, al cerebro (con fenómenos

variables segun la rama arterial ocluida). Esto fue de esplicarse ciertos casos de muertes rápidas, durante el embarazo.

Los brotes recientes, pueden serlo de endocarditis supra-aguda, dando entonces lugar, á fenómenos tíficos. Aparte de estos casos, lo que hacen en general los brotes es exagerar la lesion valvular preexistente.

Todas las causas no obstante, van en último estremo á influir de un modo. Para no ser absolutos, esceptuaremos los casos de embolias, en que estas tengan la primordial importancia. Fuera de esto, el efecto nocivo, directa ó indirectamente recae sobre el miocardio. El corazon, se ha dicho, vale lo que vale su miocardio, y en efecto poco puede importarle una lesion valvular, mientras

el músculo cardiaco, pueda contrarrestar sus peligrosos efectos. Pero á poco que el corazon se entre que, á poco que sus energias le falten, una causa quizá en otras circunstancias insignificante produciria trastornos. Las causas que hemos estudiado, debidas al Embarazo, influyen pues en el último caso sobre el miocardio. Unas como la dishemia, por que le influencian directamente, otras como el aumento de resistencias, por que á tal resultado confluye en accion. El embarazo es una de las causas (bien poderosa por cierto) que modificando desfavorablemente al músculo cardiaco, comprime á las lesiones valvulares que tanto necesitan de su buen estado, una marcha peligrosa y funesta en ocasiones.

Trastornos gravido—

cardiacos.

Admitido (como creemos debe admitirse) que la gestacion agrava las endocarditis, estudiemos los resultados de ésta influencia. Tales resultados no son mas que los estudiados por Peter con el nombre de transtornos gravido-cardiacos.

Estos transtornos, han de variar mucho, segun cual sea el orificio afecto. Así, las lesiones del corazon derecho, llegan directamente á la asistolia, cosa que no ocurre con las del orificio mitral, en la que se para antes por los accidentes pulmonares. En cuanto al orificio aórtico, sus lesiones pueden terminar como las mitrales, pero esto es muy raro.

Para saber que accidentes serán los observados, nos conviene, pues, saber, que lesiones valvulares son las que con mas frecuencia se encuentran

en las embarazadas.

Porak, da el siguiente cuadro, en donde constan las lesiones de cada válvula, que dan lugar á accidentes.

Insuficiencia mitral	22	57 Observacns.
Estrechez mitral	13	
Estrechez é insuficiencia mitral	22	
Insuficiencia aórtica	9	13 Observacns.
Estrechez aórtica	2	
Estrechez é insuficiencia aórtica	2	
Lesiones complejas		22 Observacns.

Las lesiones valvulares coincidentes, que por el contrario no dan lugar á trastornos, pues permanecen compensadas, guardan entre sí análoga proporcion, pues Vinay da de los casos que ha observado y en los que la compensacion suficiente

existia el siguiente cuadro.

Insuficiencia mitral	6	
Estrechez mitral	11	24 Observacs.
Insuficiencia y estrechez mitral	7	
Insuficiencia aórtica	1	
Id tricúspide	1	5 Observacs.
Lesiones complejas	3	

Vése pues la mayor frecuencia de las afecciones mitrales, en especial, la insuficiencia, y se esplica así que lo que mas suele llamarnos la atencion, sean los accidentes pulmonares y que solo cuando la dilatacion, ha ido de etapa en etapa, llegando hasta el ventrículo derecho, la tricuspide ceda y sobrevengan trastornos en la circulacion general.

Llama la atencion al examinar el cuadro que antecede, que no se mencionen lesiones del corazon

derecho puras. Tales lesiones en realidad, no se han observado en las embarazadas. En todos los casos que exponen los autores, se ve que se trataba, ó de lesiones del corazon izquierdo ó de lesiones complejas. Exceptúase, la insuficiencia tricúspide transitoria y momentánea, tantas veces mencionada en ésta memoria.

Las lesiones, aun existiendo, pueden en muchos casos ser completamente ignoradas. Se ausculta el corazon, no por que tengamos motivos para suponerle enfermo, si no por cualquier otra razon, y nos sorprende hallar una lesion, que tendrá ó no, causa ó que atribuirse, pero esta tan perfectamente compensada que ningun síntoma da en absoluto. Es una afeccion que como dice Duclafoy, no existe, hay que buscarla.

Si no la inmunidad, puede existir durante mucho tiempo un estado con sólo pequeñas molestias; pero bien pronto si éstas comienzan, suele ya presentarse el cuadro de los accidentes gravido-cardiacos que pueden seguir y de hecho siguen una marcha ascendente presentando gran variedad. No es posible establecer tipos, que comprendan á todos los casos, pero por abstraccion, podemos admitir los cuatro de Porak. Los tres primeros se presentan, sucesivamente, á veces, el primero en un embarazo, el 2º en otro embarazo y el tercero en otro. El cuarto tipo constituye un caso aparte y comprende los casos de accidentes por eclampsia.

A TIPO 1º Comprende los trastornos de inervacion cardiaca. No es tan facil como debiera ser, conocerlos todos, por que dada su poca importancia

muchas veces no se publican los casos clínicos. Son los mas frecuentes, aunque así no lo parezca, por que las mas veces, sólo se llama al médico, cuando se agravan, y son los mas frecuentes por que ademas de su existencia independiente, acompañan á los demas accidentes. Sin embargo, no son despreciables: las palpitaciones, la disnea cardiaca (sin congestion, ni edema pulmonar), el sincope, pueden ser muy penosos para la enferma, y obligarla á suspender todo ejercicio. La menor fatiga es causa de latidos muy molestos. No siguen regla alguna en su evolucion ni en su manera de aparecer, pero son tanto mas violentas y frecuentes las palpitaciones, cuando mas avanzado está el embarazo.

La disnea cardiaca es á veces tan intensa que

obliga á la enferma, á estar sentada sobre las camas, y hasta la impide el sueño.

Segun los autores, tienen estos accidentes, mas interés y son mas marcados, en las lesiones aórticas.

B. Tipo 2º. Comprende los trastornos pulmonares. Lo mas frecuente en el curso de accidentes gravído-cardiacos, es observar alteraciones respiratorias, consecutivas á alteraciones pulmonares, en especial, la congestion y el edema. A veces se presentan muy bruscamente, hasta con obnubilacion de sentidos. La congestion es la primera que puede presentarse y puede efectuarlo, con bastante brusquedad; tras ella y como su consecuencia viene el edema.

Pueden los accidentes aliviarse, pero es lo mas ordinario que sigan, hasta el aborto ó el parto,

á término ó prematuro. Solo despues de la expulsion del engendro, hay un alivio notable.

Como consecuencia de la congestion pulmonar, puede haber hemoptisis, bronconea sanguinolenta, etc..

Otras veces los trastornos pulmonares son muy lentos en su evolucion, pudiendo presentarse en los primeros momentos, con los caracteres de la bronquitis, siendo difícil diagnosticar, si en realidad los trastornos pulmonares han revestido en sus comienzos, el aspecto de un catarro, ó si un verdadero catarro, ha sido la causa ocasional de los accidentes pulmonares.

Se ha dado por algunos autores cierta importancia especial al quinto mes; en este segun ellos, eran mas frecuentes los accidentes pul-

monares. Ese mes era una especie de valla que interesaba mucho salvar bien, y que una vez salvada, daba ciertas seguridades. En realidad, se pueden presentar en todos los meses y son tanto mas de temer, cuanto mas avanzada está la gestacion.

De los casos de accidentes pulmonares, reunidos por Porak, resulta, que en un caso, se aminoraron y el embarazo continuó sin nueva complicacion. En muchos casos se reprodugeron en embarazos sucesivos. En 10 casos, se agravaron hasta el momento del parto, parto prematuro ó aborto. El parto produjo de ordinario un alivio, progresivo, rapido ó lento de los trastornos. En 11 observaciones la enferma sucumbió a los accidentes antes del parto (1)

(1) A estos casos de defuncion, por accidentes pulmonares antes del parto, podemos añadir dos que hemos recogido.

En 6 casos murió después del parto, dos veces por agravación progresiva de los síntomas y cuatro veces después de un alivio momentaneo.

En fin, en un caso los trastornos que habian sido moderados durante el embarazo, sólo despues del parto adquirieron una marcha grave. Aquí es posible que influyera, otra causa (infeccion puerperal quizá) pues no hay razon suficiente para esplicar este hecho, si el puerperio hubiere sido completamente normal.

En los casos citados y en muchos análogos que en la práctica se observan, el problema no está tan sencillo como en teoria lo estamos suponiendo. No influyen solo la lesion cardiaca y gestacion normal; se añaden

---

y que han sido los que nos han decidido á elegir el tema que desarrollamos. Estos casos son inéditos y en otro lugar de ésta tesis, tendremos lugar de exponerlos.

otras causas como bronquitis, bronconeumonias, etc. y demas afecciones pulmonares, ó una exagerada distension del diafragma por hidroneumosis ó por embarazo gemelar. En una palabra; toda causa que por si, dificulte la circulacion pulmonar, influirá mucho en la esplosion de los accidentes pulmonares.

Los trastornos de la circulacion menor, pueden producir otro efecto: las broncorragias. Estas pueden ser abundantisimas ó muy escasas y pueden acompañar á otros trastornos ó ser ellas, lo único apreciable; constituyen entonces, todo el trastorno pulmonar.

C. TIPO 3.º Comprende los accidentes que indican que la degeneracion del miocardio se aproxima y que la asistolia está cerca. Son los trastornos de la circulacion general, menos frecuentes

que los anteriores en el curso del embarazo. Pueden ser en muchos casos consecutivos á los trastornos pulmonares, que ya de antemano se desarrollaron, bien en el mismo embarazo, bien en un embarazo anterior ó fuera de la gestacion. Sin embargo, puede existir el cuadro de la asistolia sin que haya sido precedida de trastornos pulmonares. Esto se esplica perfectamente; en las afecciones mitrales los trastornos comienzan por la circulacion pulmonar y solo despues puede venir la asistolia que por lo demas es rara. En cambio en las lesiones complejas el orden de aparicion se invierte y lo primero que se presenta, y que mas atrae la atencion, por su importancia es la asistolia.

Habiendo trastornos en la circulacion general,

los síntomas serán los consecutivos al estasis venoso en los diferentes órganos (higado cardiaco, riñon cardiaco, derrames en las serosas, edemas etc.) Dicen Devilliers y Reguault, que uno de los caracteres mas importantes de la hidropesia del embarazo por lesion cardiaca, es su tendencia á invadir las grandes cavidades serosas, cosa que no ocurre con los edemas normales del embarazo. Nada mas debemos decir del cuadro de la asistolia; no por que sea el embarazo, quien la produzca, presenta modificaciones. Así pues, no nos detendremos mas en este acento.

D. TIPO 4º. Comprende los casos en los que hay produccion de embolias en órganos muy diferentes, ocasionando, infartos del riñon, higado etc.. Cuando se dirigen al cerebro, sus conse-

cuencias son muy variables, pero es la mas interesante la hemiplegias. La hemiplegia de la gestacion (considerada esta, en su sentido mas amplio, en sus tres fases) puede tener varias causas, pero es la mas importante, y que muchas veces pasa ignorada, la que en este momento nos incumbe: la hemiplegia por lesiones cardiacas.

Los casos que se refieren, deben mirarse con severo criterio, por que hay algunos considerados como de hemiplegias por embolia, y cuya marcha rápida, antecedentes etc.. los hace atribuibles mas bien á fenómenos histéricos.

Pero en otros casos es indudable la hemiplegia por émbolos que partieron del corazon. Esta hemiplegia, presenta á veces fenomenos curiosos. Es uno de ellos, el hecho que puede presentarse sin que

le hayan precedido, trastornos cardiacos bien marcados. Se la ha visto tambien reproducirse en embarazos sucesivos y hasta presentarse un ataque durante el embarazo y otro durante el puerperio consecutivo.

Las embolias se deben á dos causas que ambas influyen. Una de ellas es la produccion de brotes de endocarditis y con ellos de vegetaciones recientes muchas veces pedunculadas, que facilmente pueden desprenderse. Es la otra, el hecho de las modificaciones en la circulacion cardiaca, en especial el aumento de resistencia, que pueden facilitar el desprendimiento de las vegetaciones recientes ó antiguas. Este último ocurre en especial, en el momento del parto en el que la presion sanguinea se eleva al maximum y de aquí las embolias

que en tal momento se producen, pudiendo ser una causa de muerte súbita. Como el puerperio produce con mas frecuencia los brotes de endocarditis que el embarazo, durante aquel son las embolias mas frecuentes que durante éste. No obstante, repitiendo lo ya dicho, seria de desear saber con exactitud, cuantas veces en el puerperio que ha producido tal lesion han intervenido otras causas.

En un caso de Brodin, hubo durante el embarazo accidentes cardiacos serios, en dos gestaciones sucesivas: en cada uno de los dos puerperios hubo un ataque de hemiplegia.

Pero aunque los casos mas frecuentes son los ocurridos durante el puerperio, opina Darey, que es lo menos frecuente, que la causa sea sólo, la lesion cardiaca y el puerperio. Cree que hay al-

qua otra causa, que se suma.

Tambien durante el embarazo sobrevienen embolias, como lo prueba la produccion, durante él de hemiplegias por obstruccion, de ramas arteriales del cerebro.

El ataque de hemiplegia, en nada se diferencia del que producen las embolias en general. No se ha encontrado mayor frecuencia de la hemiplegia derecha ni de la izquierda.

El accidente sobreviene subitamente, alcanzando enseguida el maximum de intensidad, y acompañando casi siempre (no siempre) de pérdida del conocimiento. Los síntomas en general, van desapareciendo gradualmente, unas veces con rapidez, con lentitud estremada otras.

Marcha de los trastornos gra-

vido cardiacos. Todas las evoluciones son posibles y todas se observan en realidad. El estado estacionario, la agravacion (antes del parto ó despues de él) el alivio, (antes del alumbramiento ó en el puerperio) y la muerte, son las muchas bien variadas como se vé, que pueden seguir los transtornos.

Si la muerte puede sobrevenir en el puerperio, ya antes del parto puede tambien ocurrir. Poseemos, á este propósito, dos historias clínicas, inéditas, que sumariamente vamos á exponer, pues ellas son las que principalmente nos han inducido á elegir el tema que desarrollamos.

Observación 5ª
(Del Doctor Moreno Gil.)

Señora de B.- De 21 años - Primípara - Su madre y una hermana soltera, fallecieron de rara afección cardiaca.

Tratando (1) esta Señora de contraer matrimonio, fué éste prohibido, por el Médico de la familia Dr. Carreras, por existir en la jóven, ya confirmada una insuficiencia mitral, aunque por fortuna estaba *perfectamente compensada.*

No obstante la prohibición, efectuóse el matrimonio, sobreviniendo á los cuatro meses un embarazo. Durante los cinco meses primeros, se presentaron edemas,

---

Suprimimos, todos aquellos detalles, que dando extension desmesurada, á esta historia, pudieran resultar impertinentes.

fatiga etc.. pero fué mirado ésto por la enferma y familia, como efecto natural del embarazo.

Creciendo no obstante las molestias, fué llamado el Doctor Moreno Gil, quien el 18 de Marzo de 1901, visitó por vez primera á dicha Señora. Presentaba ésta, edemas faciales, y de las estremidades inferiores muy marcados, ligera cianosis en los labios, estertores finos pulmonares etc. etc. Se hizo el diagnóstico de insuficiencia mitral pura, con hipertrofia cardiaca. Embarazo de 6 meses, con feto vivo, aunque los latidos del corazon fetal, se percibian con gran dificultad. Prescribió el Doctor Moreno, el reposo absoluto y el regimen lacteo, y citó con una cierta al esposo de la enferma para el dia 19, á fin de pintarle la verdadera situacion. En la entrevista, en efecto, se hizo ver al esposo toda la gravedad del caso, la posibilidad de un aborto expontaneo,

y la necesidad que quizá se presentara, de provocar el aborto ó el parto prematuro, si los trastornos se agravaban. Añadió el Dr Moreno Gil, que aunque se llegase al parto, y se salvase la vida de la madre, de ningun modo debia ésta, volverse á hacer embarazada, é insistió por fin en el tratamiento (reposo y dieta lactea en particular).

En la tarde del mismo 19, faltando la enferma á lo prescrito, salió de casa con su esposo, y despues de estar algunas horas, relativamente bien, al regresar á su domicilio y ya muy cerca de él, mostrose repentinamente muy grave, pronunció algunas palabras «yo me ahogo - me muero» y un paro la hizo caer rapidamente sin vida á la escena, sin que ni el Doctor Moreno Gil, ni el Dr. Carreras, ni el Medico de guardia en la próxima casa de Socorro, pudieran ya prestarle auxilios eficaces al-

guno. No se hizo ha cesárea porque, aparte de ser solo el feto de 6 meses, no se oian los latidos fetales. ni se practicó la autopsia.

Llama la atencion cuan la plena confirmacion que los hechos dieron á la opinion del Dr Carreras, al prohibir el matrimonio, á pesar de tratarse de una lesion *perfectamente compensada*, y ser la enferma de una clase social, que lejos de obligarla á trabajos pesados, le permitia seguir un régimen conveniente.

No es menos de notar, que ya en el primer embarazo aparecieron trastornos de tal importancia.

Contrasta con esta observacion la siguiente.

Observación 2ª

(De Don Antonio Ortega)

M. M. de 32 años de edad - casada - Tuvo dos

partos en los que fueron completamente normales los embarazos, partos y puerperios. Ningun antecedente existía, hasta que dos años despues del último parto, sufrió un ataque de reumatismo articular agudo, del cual curó, sin que conste, que coincidieran accidentes cardiacos (No fué auscultada).

Tres años despues, se hizo embarazada por tercera vez; Transcurrió el primer mes sin novedad. Desde el 2º. comenzó á presentar edema de las estremidades inferiores y una disnea intensa, que era el síntoma mas molesto. Así siguió 3 meses, sin tratamiento (pues no solicitó la asistencia facultativa) hasta que al cabo de ellos, fué llamado nuestro compañero Sr. Ortega.

El estado actual era el siguiente: Edema generalizado, en especial de las estremidades inferiores, con derrame en la serosa peritoneal.

La disnea era intensísima, una verdadera ortopnica con tos.

A la auscultacion, el pulmon presentaba estertores subcrepitantes, diseminados en ambos lados.

En el aparato circulatorio, á la auscultacion, un soplo sistólico en la válvula mitral. Idéntica cosa en la tricúspide. Existia arritmia cardiaca con hipertrofia.

Palpitaciones sobre todo, con ocasion del menor movimiento. El pecho irregular.

En el aparato digestivo, vomitos y astriccion.

No existia nefritis, pero sí congestion renal.

Hecho el diagnóstico de lesion compleja del corazon (insuficiencia mitral y tricuspide) se la sometió energicamente al tratamiento adecuado.

Circunstancias, que no creemos deben referirse aquí, (espinas de la profesion!) hicieron que nuestro ilustrado

amigo, dejase de visitar á la enferma. Un mes despues fallecia la cardiaca, tras un breve ataque de asistolia.

Ahora bien: como mas adelante hemos de necesitar, como base para nuestros juicios, el conocimiento de la mayor ó menor frecuencia con que los trastornos siguen, uno á otro marcha, copiamos el cuadro de Conrejol, formado con uno de Porak, al cual unimos nuestros propios datos.

90 observaciones comprende, y de ellas.

El estado estacionario se notó 21

La agravacion durante el embarazo 61

siendo momentánea 4

y permanente ..... 57.

El trabajo agravó los trastornos ..... 12.

El alivio se notó despues del parto 27

siendo rápido 18

y lento 9

La muerte sobreviene 33

antes del parto 6

durante el parto 2

durante el puerperio ... 25

siguiendo á un alivio momentáneo 8

y presentándose una agra-

vacion progresiva 17

Formanse con estos datos un concepto exagerado de la gravedad, de los trastornos gravido-cardiacos. Es indudable que de los casos de marcha estacionaria, muchos no se publican y aparecen pocos casos en las estadisticas.

Wesner, en cambio, examinando 97 casos, que relatan los autores, referentes á esta cuestion, llega á las si-

guientes proporciones que hacen formar un concepto muy distinto.

42'9 % de mugeres enfermas del corazon, sufrieron poco ó nada por el embarazo.

19'5 % sufrieron perturbaciones intensas.

37'6 % murieron. Pero de ésta última cifra hay segun Wesner que rebajar bastante, por que en muchos casos, se añadieron complicaciones.

Pasando luego á los casos observados, por él mismo y referentes á 25 mugeres, con lesiones cardiacas, que entre todas tuvieron 93 partos, no murió mas que una que tenia una insuficiencia mitral con pulmonia doble, comprobada por la autopsia.

Las otras 24 mugeres ó nada sufrieron que á la agravacion de su cardiopatia pudiera referirse, ó sufrieron solo molestias insignificantes.

La disparidad de tales resultados, aparte de ser ley que comprende á toda clase de estudios estadísticos, puede tener una explicacion, que por lo menos creemos verosímil.

Recogen unos autores las historias clínicas publicadas, y como ésto suele hacerse tan sólo con los casos que ofrecieron algo de notable, mientras que quedan ignorados aquellos en que la marcha de la gestacion influyó poco ó nada, la estadística arroja una gravedad mayor que la verdadera.

A la inversa, y como compensacion, los autores que como Wesner, hacen un estudio clínico especial, ya deliberadamente, venciendo á todo embarazada que se les presenta, anotan hasta la mas leve lesion cardíaca, que si no ir con la mira de tal estudio, hubiera pasado desapercibida

y hasta quien sabe, si creeran hallar cardiopatia allí donde no hay mas que una dilatacion cardiaca transitoria, un soplo anémico etc.

Claro que en casos como éstos últimos el embarazo no agravará la cardiopatia, *porque no hay cardiopatia*. Y cuando existe realmente, como no puede pasar desapercibida, se plantea enseguida un tratamiento, tan enérgico como se juzgue necesario, y ya no sigue la afeccion, la marcha que hubiese seguido sin la intervencion de la medicina.

Precisamente ésta marcha es la que necesitamos conocer para regular nuestra conducta (1)

(1) *Prescindimos de otra causa de error. Como cosa posible cabe que algun autor, para venir á afirmar que á él no se le ha muerto ninguna enferma por estos transtornos, oculte los casos desfavorables, refiriendo sólo los favorables. Queremos hacernos la ilusion de que tal causa de error no es posible.*

Podrá ser exagerada la opinion de Porak y Courjon. Pero la de Wesner no lo es menos. Los dos casos que hemos consignado, son un argumento en pro de nuestro aserto.

En resúmen: la influencia de la gestacion, sobre las afecciones cardiacas, es cierta pero no siempre evidente. Obra precipitando su marcha y predisponiendo de una manera especial á las complicaciones, sobre todo á las embolias.

III

Pronóstico de las afecciones cardiacas influenciadas por el embarazo

---

En dos podemos dividir la cuestion: Pronóstico general en el cual se atiende á la índole y grado de la afeccion (grado que mide regularlo el estado del miocardio), y pronóstico especial, en el cual refiriéndose á las lesiones valvulares, se atiende al sitio de éstas.

Pronóstico general.

Pericarditis. Siendo nula la influencia de la gestación, el pronóstico es el mismo que si la gestación no existiera.

Afecciones del miocardio. La hipertrofia ó la degeneración puras, ya sabemos que apenas si existen y cuando se presentan así, son poco avanzadas. El pronóstico gracias á la gestación es mas serio que sin la intervención de ésta, pero aun así no es grave.

Una hipertrofia ó una degeneración antiguas y notables, rara vez van solas, es no que de ordinario se acompañan de lesiones valvulares, sean estas su causa, sean su efecto. Aplicase pues aquí

lo que de las endocarditis digamos.

Endocarditis. La supra-aguda es casi siempre mortal.

En cuanto á la crónica y á las lesiones valvulares, Peter, indudablemente demasiado exclusivo, mira á todas las lesiones valvulares, como capaces de producir accidentes serios durante el embarazo, sin tener en cuenta el sitio de la lesion, al contrario de G. See, Spiegelberg, Schroder y otros, que se esfuerzan en demostrar que hay que atender principalmente á la variedad de lesion. Justo es que á ésta se atienda y ello nos proporcionará datos pronósticos de gran valor, pero antes de descender á la variedad de lesion, cualquiera que esta sea, hay que atender á la antiguedad de la misma, al grado y al estado del miocardio. Lo primero se sabe

por los antecedentes, lo segundo principalmente por los signos estetoscopicos, lo tercero ó sea el estado del mio cardio por la intensidad de los chasquidos valvulares y el grado de dilatacion de las cavidades y de tension arterial.

Haremos un pronóstico favorable, durante el embarazo, parto ó puerperio, cuando la afeccion, permanece latente y revelada sólo por la auscultacion.

No obstante, habra que hacer con la prudencia necesaria, las convenientes salvedades para dejar á cubierto nuestro buen nombre y el de la ciencia que representamos. En efecto el equilibrio puede romperse en un momento y quedamos en mal lugar, si hacemos un pronóstico de benignidad absoluta, sin ninguna restriccion. Este precepto es aplí-

cable á todos los casos en que el pronóstico deba hacerse favorable, pero haya posibilidad, por lejana que sea de que aquel estado de cosas cambie.

Cuando el funcionalismo del corazon esté perturbado debilmente y por primera vez en el curso de la gestacion, el pronóstico no tan favorable como en el caso anterior, se hará bastante benigno, á condicion de intervenir en la medida que sea necesario, planteando el conveniente tratamiento.

Por fin se presentan en otras ocasiones, trastornos gravídico-cardiacos intensos, la sistolia se avecina, y estos casos son graves, pudiendo terminar mas ó menos pronto por la muerte.

Aparte de estos elementos de pronóstico, hay que atender á la edad, al número de partos que ya se han verificado, á la profesion, estado social etc. que

colocaran á la enferma en condiciones muy distintas.

En nuestro pronóstico, siempre tendremos presente, la posible produccion y desprendimiento de vegetaciones ó embolos. Por desgracia, es siempre muy difícil ó imposible predecir que la embolia ha de producirse.

De los efectos del embarazo, sobre las afecciones cardiacas, unos son transitorios (trastornos de circulacion y de la inervacion). Estos pueden cesar cuando la gestacion acaba. Pero otros efectos son permanentes. Una vez producidos ya no desaparecen aunque la gestacion termine. Son las degeneraciones del miocardio y las endocarditis ó brotes de ella que durante la gestacion se produscan.

De aqui resulta, que aparte de hacer

un pronóstico mas ó menos grave, para mientras el embarazo, esté en el claustro materno, podemos tambien afirmar, que cada embarazo deja las lesiones cardiacas mas avanzadas, es un boto fuego, que las hace avanzar demasiado en muy poco tiempo, pues mientras la degeneracion del músculo cardiaco queda añadida á la que pudiera ya existir, los brotes recientes de endocarditis, exageran las lesiones valvulares antiguas.

Para ser lo mas completos que nos sea posible indicaremos, que ciertas circunstancias accidentales, cuya influencia se analizará en cada caso, hacen mas cambio el pronóstico. Así una mujer de torax deforme, por cifosis por ejemplo, una mujer cuyo útero grande tenga un volumen excesivo etc. son enfermas en las que el pronóstico ha de ser mas serio.

Pronóstico especial ó atendiendo al sitio de la lesión.

Lesiones aorticas. Creia Spiegelberg que las lesiones aorticas eran muy graves, en los ultimos meses del embarazo, asi como las mitrales lo eran, durante el puerperio. Tambien Schröder admite la gravedad de las lesiones aorticas cuando la hipertrofia compensadora no basta. Ambos autores en union de Macdonald, creen que tras el parto, viene rapidamente el alivio en los trastornos gravido-cardiacos consecutivos á esta variedad de lesion.

German Lee ha visto seis casos de insufi

ciencia aórtica, todos en multíparas, cada una con muchos hijos, sin haber presentado nunca accidentes, y deduce la benignidad de ésta lesión.

Peter dice que la insuficiencia aórtica es la lesión menos temible para las embarazadas.

Parece pues haber acuerdo: la mayoría de autores miran las lesiones aórticas como menos peligrosas que las demás.

Si en las cardiopatías en general y fuera del embarazo, son temibles, la insuficiencia aórtica por el peligro de la muerte súbita, y la estrechez por las grandes complicaciones pulmonares, en el caso de embarazo, no se ha observado ningún caso de muerte súbita por lesiones aórticas y estas son relativamente aun mas benignas, que fuera de la gestación, lo cual se explica por que son aque-

llas, sobre las que la preñez, tiene menor influjo, y todo lo que las otras lesiones ganan en gravedad, resultan éstas, relativamente benignas.

Lesiones mitrales. No existiendo acuerdo entre los patólogos, sobre la gravedad de estas cardiopatías en general, no es extraño que haya también disparidad de opinion, cuando se trata de esas lesiones, coincidiendo con la preñez.

Germain See opina, que la estreches mitral, goza de una especie de inmunidad durante el embarazo. Sin embargo, y hablando en términos generales, hay acuerdo en considerar graves a ambas lesiones, durante la preñez, parto y puerperio, en especial á la estreches mitral. Así opina Macdonald, que mira á las lesiones mitrales como

mas graves que las otras, sobre todo la estrechez mitral en la que reconoce una gravedad excepcional. Esta opinion es acertada, a nuestro entender. Schlanger, ha notado que los dos casos que él ha podido recoger de enfermas que murieron al parir, presentaban la estrechez mitral. Vinay dice que la muerte repentina durante la gestacion coincide ordinariamente con la estrechez mitral.

En uno de los casos que hemos referido, se trataba de lesion mitral pura.

Tratandose de estas lesiones, es cuando mas hay que atender á los signos pronósticos generales (estado de la enferma; grado de la lesion etc.), que varian tanto, que se explica la diversidad de opiniones, sobre la gravedad de estas afecciones.

Cada embarazo, va frecuentemente, dejando en estas,

una agravacion mui notable.

Lesiones del corazon derecho. Son con frecuencia consecutivas á enfermedades pulmonares ó á enfermedades del corazon izquierdo. Pero son raros los casos de lesiones primitivas. Sin embargo podemos citar dos casos, pero á la verdad, para establecer su pronóstico. En un caso, de insuficiencia tricuspide, hubo completa inmunidad durante dos embarazos consecutivos. En otro de la misma lesion, sobrevinieron accidentes pulmonares graves, á los que siguió el aborto y poco despues, la muerte de la enferma. Como se vé nada menos posible que fundar aquí, una regla pronostica.

Lesiones complejas. Son las mas graves, indudablemente. Sobre esto hai perfecto acuerdo, durante la gestacion y fuera de ella. La proporcion

de mortalidad y de accidentes es en ella muy elevada. La agravación que cada uno de los embarazos, va produciendo, es mas evidente, que en ningun otro caso. Aquí la cistopsia es mucho mas frecuente, que los accidentes pulmonares.

En síntesis: acudiremos en primer lugar á los signos pronósticos generales; del estado del mixcardio dependerá casi por completo nuestro juicio. Luego atenderemos al sitio de la lesión, cuya gravedad por orden decreciente es:

1º Lesiones complejas (de gravedad, tanto mayor por cuanto mayor es la complejidad.)

2º Lesiones mitrales. (La estrechez en especial)

3º Lesiones aorticas.

Este último factor, (el de la localización), no debe ser despreciado, como hace Vinay, pero tam-

poco erigido en guia único ni siquiera princi-
pal, como hay modernamente tendencia á ha
cer.

IV

Tratamiento.

Al llegar a' esta altura de nuestro trabajo, vacilamos, sobre si debiamos o' nó, terminarlo aquí. Nos parecia por una parte que estudiar el tratamiento, era ocuparnos de algo, no incluido en el tema. Pensabamos por otra, que ibamos a' entrar en el debate de cuestiones tan importantes (provocacion de aborto, prohibicion de matrimonio etc.) que eran dignas por sí solas,

de estensas tesis. Discutirlas con la debida extension era dar á nuestra memoria exageradas proporciones.

Pero por otra parte, de lo que espuesto dejamos, se deduce tan naturalmente la conducta que debe seguir el facultativo, que opinabamos que dar cualquier punto final á nuestro discurso, era preparar el terreno para sacar deducciones y no sacarlas: era sembrar, para luego no recoger, y en tal conflicto, decidimos seguir adelante, no para resolver las cuestiones importantísimas, que al encuentro van á salirnos, sino sólo para plantearlas, haciendo votos, por que en su discusion intervengan pronto, prácticos eminentes, que las dejen si es posible, resueltas de una vez para siempre, evitando la perplegidad, que médicos noveles,

y hasta otros ya encanecidos en la profesion, experimentan en muchos casos.

Profilaxis

¿Puede permitirse el matrimonio á una jóven afecta de lesion cardiaca? No existe, ni mucho menos acuerdo entre los autores: Peter y Jacond, representan las dos opuestas tendencias, el primero con su frase "Filles, pas de mariage; femmes, pas de grossesse; meres, pas d'allaitement" y el segundo con una tolerancia excesiva que encuentra

numerosos imitadores.

"A las mujeres de ésta especie – dice Peter – refi
"riéndose á las cardíacas – no les conviene ser ma
"dres y debeis por consiguiente aconsejarles, que lo
"eviten, advirtiéndoles los peligros á que se exponen."

Jaccoud, por el contrario, establece que si la enferma no ha sufrido nunca trastornos y las lesiones, estan bien compensadas, no hay razon para prohibir el matrimonio. Y aunque hayan sobrevenido accidentes, deben, – segun él – estudiarse todas las circunstancias, de las cuales resultará que ólo en muy raros casos habrá de prohibirse.

No suscribimos ésta opinion, por creerla falta de sólidas razones. Analicemos sus argumentos.

1º » Muchos casos hay, en los que la com-

pensacion, no se rompe, ó en los que no hay, agra-
vacion notable para la gestacion ». Así es en efec-
to; pero en presencia de un caso, no podemos de-
cir si quedara estacionario, ó por el contrario
será de los que en un primer embarazo, puede
ya acarrear la muerte. Véase nuestra observacion
I en la que una cardiopatica perfectamente
compensada, tuvo tan funesto desenlace, en la pri-
mera gestacion. En segundo lugar, numerosos son
los casos en los que, uno, dos..... veinte em-
barazos si se quiere, no producen agravacion;
pero llega otro mas, y entonces estallan accid en-
tes. Cuando una enferma pide nuestro consejo,
pensemos no en el efecto de un solo embarazo, sino
en el de todos los que sucesivamente pueda tener.
En uno de los casos de Peter, despues de 17 años,

de condropatia, durante los que se verificaron 10 gestaciones sin ninguna molestias, aparecieron los primeros síntomas, en el undecimo embarazo, y sobrevino la muerte, en la gestacion catorce. Aquí á los 16 años de matrimonio, se justifica ba la conducta del facultativo, que hubiere aconsejado la abstencion.

2º « El Médico puede mucho contra los accidentes que pueden presentarse durante el embarazo ». No basta que pueda mucho. Es preciso, permitásenos la frase *que lo pueda todo*, y á esto, no se llega por desgracia.

Aunque se combatan los accidentes, ya estos han dado un espolonazo á la lesion, y esta queda de un grado mas avanzado. Y si el médico puede algo, es gracias á un tratamiento (higiénico

principalmente) que muchas veces, no podrá seguir la enferma por su condicion social (pobreza etc.) y que otras será abandonada por la paciente á la que faltará la constancia, cosa no extraña si se atiende á lo difícil que es seguir, toda la vida, un tratamiento higiénico severo.

3º « Influyendo tan desfavorablemente las contrariedades de espíritu, sobre las lesiones cardiacas, la prohibicion del matrimonio, á una muger que es quizá la primera en desearlo, puede ser mas fatal que el mismo embarazo. » En cambio - contestaremos - si la cardiaca se casa y tiene un aborto y otro, y va temiendo no conseguir descendencia y se convence de que cada gestacion pone mas en peligro su vida, ó por lo menos compromete mas su salud, la impresion moral es desagradable y

crea un estado de ánimo, que constantemente acompaña á la enferma. y por lo tanto, de peores efectos, que la prohibicion, cuyos efectos morales pasados los primeros momentos, suelen irse aminorando. La prohibicion puede hacerse, no brusca sino gradual, con mucho tacto, y se se consigue que la muger se capacite de la verdadera situacion, creemos es tan poderoso el instinto de conservacion que en muchas ocasiones, renunciará de buen grado al matrimonio.

En último caso: basta que el embarazo influya, algunas veces desfavorablemente (y creemos que influye muchas) para que se pronuncie el veto. Y no se diga que el matrimonio, es una necesidad, por que de esta afirmacion, podriamos sacar conclusiones muy disparatadas.

Dentro de la profilaxia, cabe otra cuestion. Si queda demostrado que el embarazo, produce en ocasiones, lesiones cardiacas y agrava en otras las preexistentes, nada es mas natural que evitar que tales complicaciones pasen desapercibidas, para acudir prematuramente al tratamiento y de aquí nuestra opinion, de que en ninguna embarazada debe prescindirse del exámen de los órganos de la cavidad toráxica.

Tratamiento médico

Es exactamente el ordinario de las cardiopatias pues lejos de proliverse la digital, como hacia Spiegelberg, por creerla peligrosa, se emplea, pero en pequeñas dosis y con dias de inter-

valo, para evitar la acumulacion, posible por el estado de la circulacion renal doblemente comprometida por el embarazo y por la cardiopatia.—La sangria podrá emplearse en los casos de congestiones intensas, que no cedan por otros medios.—Se prohibirá en absoluto la lactancia.

Estas reglas generales, se aplican de un modo algo distinto segun los casos. Cuando sólo se revela la afeccion por los signos físicos, y la compensacion se basta por sí sola, adoptaremos la expectacion armada, limitandonos á los cuidados higiénicos. El uso de la leche es eficacísimo. Facilitando la diuresis y disminuyendo el remanso de materiales de excrecion, no sólo combate ciertos accidentes sino que los evita.

Si accond, hace tomar á cada embarazada

por término medio, un litro á litro y medio de leche al día, durante los seis primeros meses y dos litros durante los tres últimos. Funcionando el corazon con esa regularidad, no hay por que emplear la digital, los revulsivos etc.. seria una practica peligrosa.

Cuando sólo existen fenomenos patológicos de poca intensidad, se debe intervenir desde el principio. El reposo y el regimen lacteo comenzaran el tratamiento, que se completará con digital (quizá mejor cafeina, por que no se acumula) diureticos, y laxantes. No cesaremos hasta hacer desaparecer los accidentes ó al menos, hasta mantenerlos á raya, impidiendo su marcha progresiva.

En los casos de transtornos graves (edema)

pulmonar, fenomenos asfícticos etc. etc.) es cuando hay que intervenir con energías. Tendrá aplicación aquí lo dicho a propósito de la sangría, la cual por lo menos tiene un resultado inmediatamente útil, calmando la disnea y la angustia de las gestantes. Se agregarán las inhalaciones de oxígeno, la digital, la cafeina, el estrofantus... ... en una palabra; la medicación del caso anterior, pero mas enérgica.

Pero ocurre amenudo que á pesar del tratamiento mas enérgico y mejor dirijido, los accidentes no mejoran, la vida de la enferma, está en peligro, los trastornos crecen y entonces es forzoso recurrir al

Tratamiento obstétrico

Cuando el parto se haya iniciado y la

situacion sea grave, hay que terminarlo lo mas pronto posible. La mujer permanecerá semi-acostada y evitará hacer esfuerzos, en lugar de obligarle a ello, como con todas las embarazadas suele hacerse en la practica ordinaria. No creemos que se esté autorizado para practicar ninguna intervencion mortal para el feto, mientras esté vivo. Seria absurdo sacrificar una vida por salvar otra que ya está muy comprometida. Las principales intervenciones en estos casos, seran el forceps ó la version en cuanto sea posible practicarlas. Si á ello se oponen la falta de dilatacion del cuello, aconsejan unos autores esperar, mientras que otros practican la dilatacion, conducta que encontramos la mas racional, pues nos interesa mucho evitar la prolongacion del trabajo

y con los medios modernos (dilatador Barnes, por ejemplo) se consigue muy pronto y con muy poco peligrosos.

En los casos de accidentes graves y cuando aun el parto no se haya iniciado, tres cosas pueden ocurrir. 1ª El producto de la concepción, está positivamente muerto. 2º El feto es viable. 3ª El engendro aun no ha llegado á la viabilidad.

Si el engendro está muerto, se provocará enseguida la expulsión (regla general, aunque no hubiere cardiopatías).

Si el feto es viable, creemos debe provocarse el parto prematuro, en cuanto los accidentes se hacen tan serios, que no ceden al tratamiento

médico y están amenazando la vida de la madre y la del feto. Con tal intervención, nos proponemos salvar (si todavía es posible) á los dos, cosa tanto mas realizable cuanto mas pronto nos decidamos y con mas rapidez obremos.

Los autores no están contestes en admitir la provocación del parto prematuro, y sin embargo nos parece perfectamente justificada. Continuando las cosas, dejando el embarazo seguir su curso, nos exponemos á que la madre muera, ó á la muerte del feto, por degeneración placentaria (efecto de la cardiopatía) por asfixia etc. ó á la muerte de los dos. Aun mas diremos: en muchos casos en que no estamos la decisión de intervenir, el parto prematuro espontáneo sobreviene y si no ocurre (como muchas veces) que ya el remedio sea

se tarde, por que el niño nace muerto, ó muere la madre por agotamiento del corazon, puede el parto prematuro espontáneo, ser salvador para los dos.

Por eso se recurre, en los casos graves que á nada ceden, al parto prematuro y los resultados son satisfactorios, si se atiende á lo grave de los casos en que tal decision, se toma y á lo comprometidos que estan ya las dos vidas.

Porak cita, que en 7 intervenciones se salvó á la madre 4 veces y 2 al producto de la concepcion. Atendiendo á lo grave de los casos en que la provocacion se decidió, no creemos que la espectacion hubiese salvado mas vidas.

En esta cuestion, no experimenta el médico la vacilacion que resulta cuando ha de elegir entre dos vidas. Como vá á salvar las dos, el

parto prematuro, podrá ser mas ó menos aconseja do por los autores, pero creemos que todos le encuentran legítimo, legal.

Pero cuando los accidentes graves sobrevienen en época en que aun, no es viable el feto; ¿Es lícito el aborto? aquí ya se trata sólo, de salvar á la madre. Aquí ya se elige. Entre la vida de la madre y la del engendro, se opta por aquella.

Por fortuna éstos casos, son poco frecuentes. Accidentes tan sérios que necesitan la expulsion del producto, con rareza se presentan en los primeros meses. Pero cuando se presentan, Devilliers, Regnault, Dehons, Jacquemier, Cazeaux, Durosiez, De Soyre, Peter, Ribemont, Vinay etc. aconsejan el aborto provocado, si éste es el único medio de salvar á la madre.

El aborto expontáneo que en algunos casos de tal índole se presenta, alivia á la enferma y da pié á tal conducta: Además de hacer cesar las especiales circunstancias en que la mujer se encuentra, el aborto no la obliga á tan grandes esfuerzos como el parto, y por lo tanto, no entraña los peligros de éste. No aceptando tal línea de conducta, se expone á la mujer á que muera, cosa tanto mas probable, cuanto que debe ser grave una cardiopatía que ya en los primeros meses de embarazo da lugar á accidentes tan serios, que hacen pensar en el aborto provocado.

Si renunciamos á salvar á la madre, bien cuanto salvar al hijo; veamos si se consigue?

1° El aborto expontáneo, se produce frecuente

mente. De 220 casos de embarazo en cardiacas, abortaron mas de 32 es decir mas del 14'5 % (Courejol) En 25 casos de gestacion y cardiopatia concomitantes hubo 9 abortos ó sea el 36 % (Schlayer). En tales estadisticas se parte del número de cardiacas embarazadas, hubiera ó no en ellas accidentes. Pero atendiendo sólo á las enfermas en las que hubieron accidentes, que hicieran pensar como remedio en el aborto provocado, el tanto por ciento ya tan elevado, aun subiria considerablemente.

2º- Aunque el aborto expontánea no se produzca, hay muchos casos de parto prematuro, de los cuales 9 % son á los 7 meses segun (Courejol). La vida del feto pues, aunque nazca viable, está comprometida.)

3º En muchos casos, muere la muger en los primeros meses, cuando aun no es viable el feto, y éste perece con la madre. Ejemplo de ello es nuestra observacion I.

4º Cuando con tantos riesgos y á tanta costa se llega al parto á término, es muy frecuente, que el niño sea expulsado muerto. Ocurre ésto, segun Porak en el 10 % de los casos que englobaba en sus estadisticas, hubiera ó no en ellos accidentes.

5º Cuando los niños nacen vivos, son segun Durosiez enfermizos y condenados á morir en edad temprana, opinion que Vinay, niega sea cierta *para todos*; pero admite que el hecho ocurre muchas veces.

En sintesis, despues de exponer á la madre

á tan graves riesgos, es tan poco lo que se consigue en beneficio del feto, que creemos no basta para desanimar á los que aconsejan provocar el aborto cuando no haya mas remedio si se quiere, salvar la vida de la madre.

Y sólo hacemos estas ligeras consideraciones, por que la cuestion entraña un problema medico-legal importantisimo y á nuestras fuerzas puede estarles permitido el indicarlo: nunca el resolverlo.

Conclusiones.

I. Cuando el corazon está sano, la gestacion normal determina una hipertrofia del miocardio en especial del ventrículo izquierdo, acompañada á veces de dilatacion de las cavidades cardiacas, y que no persiste si á la gestacion no se suman otras causas. Predispone á las degeneraciones del miocardio y á las endocarditis; pero por sí solas no las determina.

II. La gestacion sobrevenida en una cardiaca favorece la ruptura de la compensacion y

agrava las lesiones del miocardio y las del endocardio. Esta influencia es cierta, pero no siempre evidente. Obra la gestacion precipitando la marcha de tales afecciones y predisponiendo de una manera especial á las complicaciones, sobre todo á las embolias. Esta influencia acarrea la muerte con mas frecuencia, de la que ordinariamente se cree, y desde luego hace siempre muy sombrio el pronóstico.

III. En toda cardiaca, por compensada que esté su lesion, debe prohibirse el matrimonio. El facultativo debe emplear todos sus esfuerzos en conseguir que no se verifique.

IV. En toda embarazada debe practicarse el reconocimiento de los órganos de la cavidad torácica, por poco justificado que parezca este exá-

men.

V. Hay que plantear un tratamiento médico enérgico, desde que en una embarazada, se presentan los primeros síntomas de una cardiopatía.

VI. Cuando sobrevienen accidentes graves que comprometiendo la vida de la mujer, no ceden al tratamiento médico, hay que determinar la expulsion del engendro. Si el producto de la concepcion, no es aun viable, se provocará el aborto; si es viable se anticipará el parto; si por último, el parto se hubiera ya iniciado, se le terminará artificialmente lo antes posible.

Madrid 28 Mayo 1901 He dicho.

Manuel Gambin Marco

Admitido

Callejo

Realizó el ejercicio del Grado de Doctor y obtuvo la calificación de Sobresaliente

Presidente
Julian Calleja

Srio
Emilio Lopez

Cajal

Harpuco Rodriguez y Fernandez

Acuña