26-2

~~Dr. Lodge~~

~~Dr. Gudio~~

81-1A-n°12

cr° = 1628

Ca 2392

(1628)

Universidad Central

Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
5313213427
x53380924 9

Memoria

presentada para aspirar
al
grado de Doctor en Medicina y Cirujía

por el Licenciado

Manuel García y Funcasta

Madrid 29. de Septiembre de 1902

con la provisión de conocimientos científicos personales comprobados por mi propia experiencia, y en posesión, por tanto, de materias del saber hijas de mi propia cosecha, era ésta la razón primera que me hacía zozobrar al elegir asunto que someter á la consideración del tribunal, pues apenas iniciado en las difíciles é intrincadas lides de la práctica de la Medicina, poco, muy poco, era lo que de observación personal podía ofrecer, al lado de lo mucho que en campo ageno podía recolectar, frutos sazonados de la experiencia y práctica de mis maestros dentro de esta facultad y de los autores que estudié.

Mi estancia durante dos años como alumno interno del Hospital Clínico de esta facultad en los servicios clínicos de Obstetricia y de Ginecología, iniciáronme á aficionarme al especial estudio y decidida práctica de la Obstetricia, impulsado á ello, ante todo por las bellezas de las lecciones y de las enseñanzas prácticas que recibiera tanto del malogrado Dr. Don Andrés del Busto, como de mi queridísimo maestro el Dr. Fernandez Echacón. Multiples observaciones en dichas clínicas; algunas personales intervenciones, tanto en ellas como en la población,

y acopio de datos de diferentes autores, enderezaron mi atención al estudio y resolución de problemas tocológicos de naturaleza distócica, relacionados con las anomalías de las contracciones uterinas durante el parto; y una vez pensado que es asunto éste de capitalísima importancia en el estudio y práctica de la obstetricia, sin desconocer que había de serme muy difícil su desarrollo, y temiendo a la par, que por insuficiencia científica, no alcanzara el que debe para este tan solemne acto, no he dudado en decidirme a elegirle como tema de esta memoria, confiado en que la ilustración y benevolencia del tribunal le dispensarán su aprobación y haciendo la más leal protesta, de que no he pretendido establecer enseñanza alguna, si no por el contrario, dar forma idónea a las enseñanzas por mí recibidas.

Anomalías de las contracciones uterinas durante el parto.

El conjunto de fenómenos fisiológicos que se desarrollan ordenada y metódicamente como termino de la gestación, constituyendo el acto del parto, presentan como característica la excepción de ser esta la única función del organismo que ofrece como factor inseparable para su desarrollo evolutivo la presencia del dolor. Los dolores en el parto coinciden y forman como parte integrante de las contracciones de la matriz, que por sucesivas mutaciones histológicas, hán transformado durante el curso de la gestación, para encontrarse dispuesta á desempeñar el papel de músculo en el acto final de aquella, respondiendo aquí al

dultos de ejercer, como principal agente, la función expulsora del útero y sus anejos, en la cual se vé auxiliado, aunque no por modo muy secundario, por las energías co-expulsoras que dimanan de las contracciones voluntarias de diversos grupos musculares de la vida de relación.

Durante el trabajo del parto, las contracciones de la matriz presentan los múltiples caracteres de ser dolorosas, inconscientes, periódicas, progresivamente crecientes, y susceptibles de modificarse por variados agentes terapéuticos; y si los enumero, es porque de la transgresión del tipo fisiológico señalado, pueden deducirse indicaciones para fines terapéuticos durante el parto, consecuencia obligada de verdaderas distocias, dependientes no mas que del dinamismo alterado. Sin duda alguna, que no es este, el único mecanismo genético de las anomalías de las fuerzas, pues al mismo fin, mas por mecanismo diverso, llegaré por trastornos en lo estático ya materno, ya fetal; pero la notable diferencia que existe entre unas y otras causas estáticas y las dinámicas, sobre todo para su influencia, pronóstico y tratamiento en el parto, se

agigantan mas, teniendo en cuenta que estas tienen su desarrollo durante el del trabajo del parto y que por el hecho de ser complicaciones totalmente inesperadas, exijen un previo conocimiento, para deducir en el acto, indicaciones terapéuticas, mientras que aquellas, siendo diagnosticables y debiendo ser diagnosticadas en epoca distante á la en que dá comienzo el parto, constituyen motivo de distocias remediables en mas ó en menos, segun cual sea la causa, pero con lugar y tiempo sobrados para oponernos á ellas, ó aminorar sus riesgos.

Las anomalias que pueden observarse en las contracciones uterinas, caen dentro de uno de estos tres grupos ya establecidos y que acepto como muy prácticos; pueden estar exagcradas, disminuidas ó pervertidas; mas á estos tipos de comparacion, no son los unicos que observamos en la practica, si no que dentro de cada uno de ellos cabe perfectamente y esto es lo que con mas frecuencia se observa, modalidades anormales de los propios y peculiares caracteres de las contracciones que ya antes habiamos enumerado, dando por resultado, contracciones uterinas ya exajeradas, disminuidas ó pervertidas, en cuanto al dolor concomi-

tante; en el tipo de su intermitencia ó periodicidad, en el de su frecuencia, en el de su intensidad ó su duración etc; adoptando estas combinaciones diversas, que por razón de su variedad no es dado presentarlas categóricamente y precisamente clasificadas. No nos sorprenderá sin duda alguna esta imposibilidad de clasificar las anomalías de las contracciones uterinas, dada la variedad que pueden ofrecer, en cada mujer, aún dentro del fisiologismo más perfecto. ¿Como dudar que de tal suerte se produzca lo anómalo ó disbólico, cuando cada mujer en el acto del parto fisiológico y aún dentro de la más cabal eutocia es distinta á otra y muy diferente su manera de comportarse, comparada en sí en partos anteriores.

Para proceder con algún método y en vista de las dificultades que pueden oponerse para este estudio, seame permitido dividirle en los tres períodos de dilatación, de expulsión y de alumbramiento admitidos en el desenvolvimiento del trabajo del parto y estudiando en ellos las anomalías de las contracciones uterinas que haga las consideraciones apropiadas y en

teresan en los dos primeros á la madre y al feto y en el último á la parturiente tan solo.

Dividido así el asunto, nos vamos á ocupar por facilidad expositiva conmigo mismos por el estudio de las anomalías que pueden presentarse en el primer período: período de dilatación; disparición, effacement del cuello.

Lo primero é indispensable que precisa hacer, es diagnosticar si el trabajo del parto está comenzando; punto es éste, á primera vista muy fácil, mas no lo é si sobre él reflexionamos atentamente pues de diagnosticar bien á no diagnosticar, le vá al práctico nada menos que abandonar á su parturiente por creer que no se halla de parto estándolo ó permanecer varias horas ó días al lado de su cliente, temiendo que dejar su asistencia para otra fecha, creándose en ambos casos una situación si no ridícula desairada. Para fundamentar bien éste diagnostico no tenemos mas datos positivos que los que nos suministra el tacto digital del cuello uterino; pues los datos subjetivos, incierto y falaces pueden ser equívocos, bastando al efecto recordar los sufrimientos embarazos

(versiones) en las histéricas y en ciertas supuestas embarazadas y fijando el término de su gestación para fecha fija al cumplirse el plazo comienzan á sentir dolores y hasta tienen dolores provocados por la palpación abdominal. Aun en las que positivamente están embarazadas, los datos subjetivos son con frecuencia inseguros: á este propósito cita Varnier el caso de una primípara que ingresó en su clínica, próxima, según ella á dar á luz y que colocada con las piernas en flexión y haciendo violentos esfuerzos permaneció 4 días sin que pudiera comprobarse por él fenómeno positivo que anunciara el comienzo del trabajo el cual se inició al cuarto día del ingreso de la paciente. Juzgo por el contrario registrado el caso de una mujer y dió á luz dos niños en la Clínica de Obstetricia de ésta Facultad en Marzo del 1899, en la cual tan poco era el dolor por ella sentido que la permitió conversar, casi ininterrumpidamente conmigo, que como interno de guardia la asistía á su parto y. como dije fué regular y de alguna duración.

Para fundamentar bien el diagnóstico del comienzo del trabajo del parto, atendiendo á los datos que suministra el examen di

fetal, hay que resolver el siguiente problema: ¿ existe ó no diferencia entre el cuello uterino de la mujer en el fin de embarazo y el de la mujer cuyo Trabajo ha comenzado ?: Hasta que Bandl en 1876 publicó en Viena un estudio en el que junto de sus observaciones sobre mil mujeres y algunas autopsias, demostraba que el cuello del útero no se borraba completamente ni en el fin del embarazo, corrió como buena en cuenta, la teoría, sostenida por Mauriçeau, Mad. Boivin, Velpeau y Schultz. de que el cuello uterino á partir del 6° mes de gestación se borraba hasta el punto de que en el fin del embarazo, había desaparecido por completo, formando el segmento inferior del útero y cubriendo él, la cabeza fetal.

Después de Bandl, Müller, actual profesor de Berna, Pinard en 1885, Waldeyer, Schroeder, Taylor y últimamente Varnier en 1900, este último como resultado de cincuenta y dos autopsias, han demostrado que el cuello, ni el comienzo ni en el fin de la gestación está aplanado ni en su porción vaginal ni en la supra-vaginal midiendo por término medio cuatro centímetros en el estado de

plenitud uterina pudiendo variar ésta longitud del conducto en harmonía con la longitud del cuello uterino en estado de vacuidad: es por lo tanto el aplanamiento y por fin la desaparición del cuello, el primer fenomeno del trabajo.

Una vez sentada ésta conclusión, facil nos será diagnosticar cuando el trabajo ha comenzado; nos bastará buscar el cuello uterino; reconocer su contorno á satisfacción, introduciendo dos dedos, si preciso fuera ó elevando las valvas de la mujer, si por hallarse el cuello muy posterior no fuera adquirible facilmente y observar si la porción vaginal de él está reducida en su altura de dos y medio centímetros por el borde posterior y uno y medio por el anterior; luego, procurar explorarle durante la contracción, la cual fácilmente se provoca introduciendo ligeramente la estremidad del índice por el orificio cervical esterno, fácilmente dilatable, motivo de oscilación bastante, para que la contracción uterina se produzca y si ésta tardara en presentarse se espera pacientemente con el dedo colocado donde quedó antes distrayendo el ánimo

de la parturienta con hábil y prequntas ó palpando con la mano izquierda las paredes abdominales con el unico objeto de que no le sea molestosa nuestra exploración algún tanto prolongada. Produce espontánea ó artificialmente la contracción (y siempre será aquello mejor que esto) observase entonces el dolor que la parturienta sufre simultáneo con aquella; que la contracción influye en el cuello ejerciendo presión en el dedo que explora y poniendose el orificio cervical mas duro y mas entreabierto; se observa además un detalle importante es que la punta del dedo, percibe la bolsa amniótica poco á poco se distiende y va ocupando el conducto cervical mientras la contracción dura, retirandose despues y cesa y dejando, al parecer las cosas en el mismo estado que anteriormente; y tan escasa es la influencia que nada se nota de momento hasta mas tarde, en que ya un nuevo examen denota el trabajo efectuado por las repetidas contracciones uterinas.

Dentro de un termino medio de seis á diez horas verifica

se la dilatación del cuello uterino, que para llegar á ser completa adquiere su orificio el tamaño de una palma de la mano y dentro de la más absoluta normalidad fisiológica hay tipos diversos en relación principalmente con los nacimientos de la mujer y la condicional de multi ó multiparidad.

Más es el caso que no siempre suceden las cosas así y ya por exceso ó ya por defecto de duración de este período la anormalia se produce.

Un este período sea fisiológicamente más largo en las primíparas es la regla; sin embargo, sucede á veces y sobre todo en las primíparas de edad algo avanzada y ésta mayor duración fisiológica se aumenta, hasta el punto de que pasan y pasan las horas, las contracciones se van haciendo cada vez más débiles y lo que hasta entonces no ha sido más y más período largo y penoso, comienza ya á preocupar al tocólogo por el gasto de fuerzas de la mujer con el cansancio y el abatimiento consiguientes, estado poco favorable para el impe

so en el principio y cuyo estado si no es prontamente corregido lleva por su intensidad á convertirse en una distocia y ni el práctico preparar una muerte uterina con todas las posibles y desagradables contingencias, que pueden acompañar y seguir á esta complicación.

En las multíparas no es lo frecuente que este período de dilatación dure con exceso; al contrario, y por lo tanto en presencia de una anomalía por excesiva duración en más de este período, debe el médico investigar detenidamente y ver si dicha mayor duración es imputable solo á defecto de la contracción uterina, ó si existe algún otro factor etiológico que pueda ser responsable de tal accidente.

Entre los que interesa conocer exactamente para diferenciarlos en cada caso, citaremos, por parte del huevo: la prematura rotura de la bolsa, las más de las veces por intempestivas maniobras á las que difícilmente se sustraen los comadrones inexpertos en presencia de

un período de un período de dilatación excesivamente largo;
y en segundo lugar la excesiva tensión del líquido amniótico que impide ya debidamente normal la contracción uterina, sobre todo si la mucha tensión ha influido en el espesor del músculo uterino.

El feto rara vez interviene como factor etiológico en estos retrasos de la dilatación cervical, pues siendo las membranas ovulares las principalmente encargadas de coadyuvar á la acción de las contracciones uterinas, dilatando el cuello al ir saliendo en forma de bolsa, por él, cuya bolsa amniótica sirve como de vanguardia ó avanzada que vá dilatando y ensanchando el camino que luego ha de recorrer el feto, el papel de éste está por lo tanto relegado á un segundo término y únicamente cuando las membranas se rompen es cuando se echa de ver que no en todas las posiciones el feto distiende por igual el cuello y así cuando una estrechez pelviana no le deja avanzar ó cuando presen

tando la extremidad cefálica, no se presenta flexionada (vértice) ó deflexionada (cara), sino en la forma llamada indiferente ó cuando es una presentación de plano lateral, se observa siempre que no siendo el cuello uterino distendido y dilatado por una parte fetal, permanece estacionario en la dilatación y alcanzará y entonces las contracciones uterinas ó son inútiles y aptas las mezclas ó por razón de su inutilidad se amortiguan y desaparecen y entonces se produce la inercia uterina por esta anomalía.

Entre las causas maternas se encuentran como responsables del retardo de la dilatación cervical, las lesiones orgánicas del cuello, tales como cicatrices, lesiones sifilíticas y tumorales (fibromas, adenomas, sarcoma, epitelioma); todas estas lesiones influencian la dilatación del cuello y como en su inmensa mayoría deben ser ó haber sido previamente diagnosticadas por el tocólogo

ésta, del conocimiento de estos obstáculos lesionales, de
duce las reglas más adecuadas para su conducta práctica
Afortunadamente en estos casos sucede lo que tuve el
honor de exponer en el ejercicio de oposición al premio de
Clínica de Obstetricia, al ocuparme del tema "Influencia
recíproca entre el embarazo y los fibromas uterinos,, sue
de con los fibromas y en General en todos los tumores ute
rinos, que si éstos por su asiento, por su extensión ó por su
naturaleza pudieran ser un obstáculo para el parto, mu
cho más lo serán para la fecundación; en suma; el
mas mujer padeca un tumor uterino es bastante para
que no sea fecundada, y si lo es padeciendolos, salvo ra
rísimas excepciones, dicho tumor es tan pequeño ó a
sienta en sitio tal y más tarde no influencia el par
to. De todos modos, como antes dije, estas alteraciones
patológicas del cuello, deben ser prediagnosticadas durante
el embarazo y tratarse convenientemente durante

te el mismo, llegando en ocasiones á verse precisado el tocólogo ó á hacer amputaciones de cuello en útero gravido ó á provocar el parto si se veian tan graves lesiones y hicieran presumir fundadamente un desenlace funesto, si se dejaba llegar el embarazo á su término, ó si la naturaleza provocando el parto, haciendo abortar, aborto y por cojer á la mujer en malas condiciones de asepsia quirúrgica, fuera seguido de fenomenos complicaciones sépticas, gravísimas.

De estos accidentes lesionales de cuello uterino, recuerdo una mujer que ingresó en la Clínica de Obstetricia, próxima á dar á luz y que al reconocerla para darla ingreso llamó mi atención una dureza al parecer cicatricial del cuello uterino; interrogué á la enferma; me informé de q[illegible] manifestó y de que no había sufrido operación ginecológica alguna y que había padecido sífilis, á juzgar por su historia, y de la cual no quedaba otro vestigio y el enunciado: comienzo á terminar mi trabajo.

y pude observar que la dilatación se efectuó en plano corriente
Estando siempre al rebordear el cuello, la persistencia de la dureza
cervical estaba lo que me indicó y la dilatación se efectuó á
espensas de la parte no afectada.

Hay otras lesiones del cuello que por no ser predisponibles
cables y por ser con mucho más frecuentes y las anteriores, son
más veces responsables de la no feliz dilatación del cuello: son
estas las rigideces cervicales. - Dije lesiones y no estuve bien emplea-
do el antecitivo, pues entre estas, llamémoslas alteraciones
del cuello, no deben incluirse las causadas por lesión orgánica
patológica: en estas lesiones acerca de cuya patogenia no están
aún de acuerdo los tocólogos, no hay aparentemente lesión a-
natómica alguna, no hay sino el hecho clínico de que el cuello cuan-
do esto sucede no se dilata y llega en ocasiones á fatigar el mús-
culo uterino, hasta el punto de este disponiendo sus energías re-
ducirse en vez de aumentando sus contracciones, hasta llegar á la
una verdadera inercia uterina. Unos casos empleados

esta rijidez á la constitucion anatomica del cuello
otros á un espasmo; no se sabe de ello fijamente nada; aunque clinicamente se observa que un 85% de las veces obedece á la rotura prematura de la bolsa amniotica y el otro 15 p% queda absolutamente ignorado el por que del hecho acaso y valga por lo que valiera, sea por que el utero no se contraiga en totalidad por lesiones de inervacion simpatica y podriamos localizar en el ganglio cervical uterino, situado á los lados del cuello y perfectamente estudiado por Kilian en 1851 - Frankenhauser 1876 cuyo ganglio segun opinion de los fisiologos, rije la inervacion de la parte inferior del utero, encomendado al plexo uterino ó hipogastrico anudado y harmonizando la accion de este plexo entre cuyas mallas se halla el ganglio, con la del plexo ovarico que inerva de preferencia la mitad superior.

Hay otro fenomeno en el cuello uterino, observado por

mi con relativa frecuencia, lo cual me indica y debe ser corriente en la practica de los partos y el cual dificulta mucho la dilatación cervical: éste es el edema del cuello.

He visto en algunas ocasiones y al reconocer á una parturienta pasado el tiempo y á juzgar por la excesiva intensidad y frecuencia de los dolores, calculaba yo como bastante para que la dilatación hubiera terminado, me encontraba y apenas introducido el dedo en la vagina, tropezaba con la cabeza fetal, pero no con la cabeza desnuda ó cubierta por las membranas fetales sino con la cabeza invaginada, por decirlo así en el segmento inferior externo, que ha descendido tanto por la bolsa amniotica y como muchas veces he visto, entrecruzando la vulva, y en la encontraba engrosado, infiltrado, edematoso con un color lívido y recuerdo en todo el del intestino estrangulado de una hernia, por lo rojo-violáceo. En estos casos he procurado en el intervalo de las contracciones, dirigir hacia atras, á la cabeza fetal, el cuello edematoso y cuando después

de dos ó tres esfuerzos cada uno en oposición á las contracciones, la loperación mantener en posición normal el pequeño edema del cuello el período de espulsión se ha terminado en dos ó tres contracciones violentas y han surgido en cuanto el obstáculo del cuello ha desaparecido. En ninguno de estos casos, ni en cumplidas más respectos de el cuello se hubiera desgarrado, pues el examen atento hecho convenientemente con valvas, me demostró no existir desgarradura alguna. En estos casos fué el principio fisiológico. La causa principal de la producción de este edema es una estrechez relativa de la pelvis y dijo relativa porque sin ser suficiente para engendrar una distocia estática materna, es lo bastante para que entre la cabeza y la pelvis sea comprimido el segmento inferior del útero y el edema se produzca; y como consecuencia de él, encontramos un comienzo de trabajo con sucesivas contracciones que hacen el feto descender y avanzar sin completarse la dilatación, ó el excesivo volumen de la cabeza fetal.

Otra causa de la mucha duración de este período, son las viciaciones pelvicas, las cuales obran por el mecanismo que al hablar del feto explicábamos y que si dán origen á alteraciones de las fuerzas, no es en sí esta distocia mecanica, más que uno de los síntomas de las distocias por ellas formadas, las cuales por su importancia merecen capitulo ~~a~~ propio y que no he de incluir en este tema.

La otra alteracion de las contracciones en este período ésto és, la originada por una exageracion de la intensidad, de la duracion y de la frecuencia de ellas, es más rara, sobre todo si para llamarla alteracion, precisa que engendre distócias, pues aunque en las multíparas el período de dilatacion resulte más corto, hecho por todos observado, no proporciona perjuicio alguno por sí, á no ser que el tocólogo en espera de dilatacion más prolongada, abandone temporalmente á la parturiente y ésta, de un modo inesperado, dé á luz, sin la necesaria asistencia profesional.

No sucede lo mismo con las primíparas, en las cuales cuando ésta anomalía se presenta, tremendas desgarraduras se pueden producir en la hilera genital, pues el feto y sus cubiertas no se paran á dilatar si no que desgarran impulsados por las violentas contracciones, cuando el uterino, cervical, vaginal ó vulvar se oponga á su paso.

He tenido ocasion de auxiliar al Dr. García del Mazo, Profesor Clínico del servicio de Obstetricia, para suturar en una primípara el cuello y quizá algo del utero (á juzgar por la extension de la sutura), que se había desgarrado, dando gran hemorragia, á consecuencia de un parto rapidísimo, llevado á efecto en cuatro horas.

En multíparas y primíparas, este accidente en la intensidad de las contracciones, puede producir, produce sobre todo en los casos de parto seco, por prontas roturas de bolsa, graves trastornos en la circulación fetal, originados por la compresión que directamente recibe

del útero, los cuales, pueden llegar á matarle si no se diagnostica pronto por auscultación, dicha alteración circulatoria fetal, que se revela por debilidad de tonos del corazón fetal y no se corrige con la premura y oportunidad debidas.

Cuando á una parturiente en la que se observa una de estas anormalidades de excesiva ó exigua duración del período de dilatación, con alteraciones en la normalidad de las contracciones uterinas, se le explora detenidamente, y no se encuentra ninguna de las circunstancias etiológicas estudiadas que pueda explicárnosla, hay que achacar la distocia al músculo uterino, que bien por defectos de nutrición ó por insuficiencia en su trabajo, ocasionada por atrofia ó degeneración de sus fibras, dependiente de nuestras involuciones en partos anteriores, mala nutrición, infecciones, caquexia, etc, resulta impotente para realizar los trabajos preparatorios para la expulsión del feto

cuanto mas para la expulsión misma

La conducta terapeutica que debe seguirse en los casos estudiados, en los cuales, la anormalidad de duración de este periodo, implica alteraciones en el dinamismo uterino, causa de dicha anormalidad y efecto a ~~los~~ ver, en ocasiones, de trastornos en lo estático, facilmente se deducirá, pues conocido el factor causal, facilísimo es llenar, las mas de las veces, la indicación etiológica, la mas oportuna y la de mejores resultados dá en todo tratamiento.

Hemos dicho en este estudio terapeutico, el órden expositivo que adopté al estudiar las alteraciones y con este método, nos encontraremos con lo primero señalado: comienzo del parto y falsas alarmas. En estos casos que tanto pueden comprometer al practico, nada en ello podemos hacer de tratamiento, por innecesario; solo precisa diagnostico y al enunciar el diagnostico, si este es de

que el parto comenzó, hacerlo sin reservas y con el pronóstico que de la completa exploración deduzcamos. Pero, si aun el trabajo no ha comenzado, jamás deberá decirse que la recomendada no parirá entonces, pues que hallándose á término, puede el parto surgir inmediatamente después y pasar por ignorante el tocólogo y sí únicamente, que no se apreciaron por el tacto signos de haber comenzado el trabajo y que la cita empiera, ya se hará notar por datos más significativos y precisos; en suma, siempre, con reserva de una afirmación categórica en este sentido.

Por otra parte, la confianza depositada en el médico, bastará en estos casos para tranquilizar el ánimo de la mujer y aquietar lo que de excitable exista.

En los casos de largo período de dilatación en las primíparas, como esto es lo corriente, lo que prima hacer es vigilar; y si la dilatación avanza, aunque sea despacio y las contracciones no decaen, el papel del práctico,

queda reducido à consolar à la paciente, animarla prometiendole el pronto fin de sus sufrimientos y por cierto que no debe olvidarse el consejo que los avezados en tocologia dan, de permanecer durante este periodo poco tiempo al lado de la parturiente, porque, con el escaso alivio que se le puede proporcionar, pronto se pierde la autoridad y libertad de accion.; de modo, que la regla practica es aguardar vigilando. Mas, si la dilatacion se efectuara y despues de varias exploraciones prudentemente distanciadas, se vé que aquella persiste y que las contracciones se atenuan, ya el tocologo debe auxiliar à la mujer oponiendose à la formacion de aquella miseria naciente, de modo analogo al que ahora no ocuparemos al hablar de las multiparas. En estas, es como dijimos la excepcion, que este periodo se prolongue y por eso, en presencia de esta anomalia, lo ni mediato, es buscar la causa y proceder en consecuencia. Como dijimos, puede

ser ovular, por defecto ó exceso de líquido amniótico; si pue
re por defecto, prontamente se comprobará por antecedente de
previa rotura, en cuyo caso se espera si hay contracciones á que
la dilatación avance, aunque sea lentamente, ó si no las
hay ó fueran ~~tan~~ multiloras, sin que la dilatación progresare,
poniendo en compromiso la vida del feto, intervenir di-
latando por completo el cuello con los dilatadores de Tarnier
Champetier de Ribes ó de Boissard, los que en
cierto modo, suplen á la bolsa amniótica y excitando
el cuello, hacen que las contracciones reaparezcan y
distendiendo el orificio cervical logran su completa dilata
ción. Sucede sin embargo que muchas veces, después
de sacado el dilatador, cesan las contracciones y para
que se produzcan nuevamente, hay que introducir el
dilatador otra vez, inflandole más que antes ó hay
que recurrir á los excitantes uterinos y merced á ellos
terminar el parto artificialmente.

Puede tambien ser la falta de contraccion y por ende la mayor duracion de este primer periodo, originada por el cerco de tension del liquido amniotico, reconocible facilmente por la permanente tension de la bolsa, en el intervalo de las contracciones; en este caso, la indicacion de romper las membranas para dar salida al liquido se impone, lo cual se ejecuta, con un perfora-membranas, vigilando la salida del liquido, para que no arrastre el cordon ó alguno miembro del feto y se produzca una procidencia, evitable, cuidando de hacer la puncion en el intermedio de dos contracciones, lo mas posterior posible y procurando que la salida del liquido sea lenta y gradual, lo que se consigue, aplicando la mano sirviera de guia al perfora-membranas, al orificio hecho.

Vacias á esta maniobra, las contracciones reaparecen y y aplicadas contra el feto empujan á este que se desliza por la hilera genital, dilatando el cuello. Es uno de los recursos terapeuticos, que verdaderamente impresionan por los resultados

tan inmediatas, que para que se produzcan. precisa que hubiera indicación absoluta de verificarlo, pues de no ser así, el efecto es contraproducente, el parto es más penoso y de fatales consecuencias para la criatura. Yo he visto verificar esta intervención en presentaciones cefálicas, varias veces, siempre indicada y dando excelentes resultados. En presentación de nalgas, completa me he visto obligado una vez á verificarla, porque hallándose el período de dilatación terminado casi por completo, la presentación no descendía y trascurrió el tiempo. Llegando la mujer á no tener contracciones, una que, cuando por cosquilleo del fondo del útero, le eran provocadas por mí; por todo ello y en vista de la permanente tensión de la bolsa que descendía bastante en la vagina, me decidí á punzarla; salió una gran cantidad de líquido amniótico y entre mis dedos dentro de la vagina, percibí un pie del feto. Tan pronto y bien se restablecieron las contracciones y con tal intensidad, que hube de cambiar ligero para trasladar la parturienta desde el sillón donde se hallaba á la cama donde inmediatamente dio á luz un feto pequeño, que expulsó con facilidad y para el desprendimiento de la cabeza no se hizo precisa la maniobra de Mauriceau.

El feto puede tambien ser causa, como dijimos, de ésta alteracion y aparte de teratologias i enfermedades y de falta de acomodacion por estrecheces pélvicas, cosas las que, al estudiar de las distocias maternas ó fetales incumbe, puede el feto solo por su presentacion determinar distocia de las formas; entre éstas presentaciones viciosas nos encontramos en el grupo de las cefálicas, las posiciones llamadas indiferentes o laterales, el feto presenta para el encaje el diámetro occipito-frontal máximo una Ver del sub-occipito-bregmático (vértice) ó el sub-mentoto bregmático (cara) y en el grupo de las presentaciones de plano lateral, todas ellas; ya estudiamos el por que de ésta influencia y ahora aquí, solo nos resta decir que en presencia de uno de estos casos, el tratamiento ideal, sería corregir éstas viciosas presentaciones, haciéndolas en normales.

Pero es el caso que por el hecho de no haber seguido antisépticas las maniobras de version interna resultan dificilisimas, y por el cuello no dilatado aunque dilatable

me parece de más fácil descripción y ejecución las maniobras que en los libros se leen, de introducir una cuchara del forceps y con ella flexionar ó deflexionar la extremidad cefálica.

Más lógica y bastante más valorable es la maniobra propuesta para el mismo fin consistente en que un ayudante llevante á través del músculo uterino, la porción de feto encajada, tirando hacia arriba de los hombros cuyos relieves son perceptibles por palpación, y cuando el ayudante haya conseguido con sus tracciones desencajar y movilizar la presentación, introducir el tocólogo uno ó dos, ó cuando dedos comienza el orificio cervical y elevando cualquiera de los dos polos cefálicos, el más asequible, encajar el opuesto.

Yo he visto una vez imitar ésta maniobra y algo ayudé en ella, pero resultó improductora, por que de un lado las contracciones dolorosas de la matriz, que se provocan con las previas y en el útero se realizan, y que impiden al ayudante cumplir su tarea y por otra la casi invencible tendencia de

la cabeza acomodada en posición viciosa, á volver á ella cuando se la cambia, apenas cesan las fuerzas que intentan corregirla que anula los esfuerzos del tocólogo, haciéndose muy difícil conseguir éxito de ésta maniobra.

Lo mejor en éstos casos es dilatar el cuello artificialmente, por los medios ya conocidos y luego mediante una versión interna ó una aplicación de fórceps terminar el parto y con tan malos auspicios concluirá.

Este procedimiento rápido, tiene indicaciones á más de en éstos casos, en aquellos otros, en los que por defecto de líquido amniótico, el feto está comprometido en su vitalidad.

Otro factor etiológico, ya estudiado son las alteraciones del cuello: El tratamiento en ellas varia y así para tratar las rigideces anatómicas ó espasmódicas, cicatriciales, sifilíticas ó-ulcerosas del cuello, la conducta del práctico queda reducida á vigilar si, aunque lentamente, el período de dilatación avan

ra, ausiliando ésta lenta y dificultosa dilatación con duchas vaginales calientes muy prolongadas, las cuales tienen en estos casos la doble indicación de reblandecer el tejido cervical y calmar el espasmo que el cuello sufra, á espensas de la acción sedante del calor humedo prolongado, á mas de, y por si las anteriores virtudes no fueran bastantes, servir de excitante uterino, pues el músculo uterino como los de fibra lisa es termo peristáltico, y al excitar las duchas, las contracciones uterinas fijadas completa la triple indicación de las duchas vaginales calientes. Estas casi en todos los casos dan buen resultado y triunfan por ellas solas, de la anomalia; Algunos tocólogos recomiendan en los casos en que la acción beneficiosa de los lavados vaginales, se haga esperar en demasia, sea la inyección cuidadosamente practicada, introduciendo la cánula dentro del orificio uterino, en el mismo conducto cervical endurecido.

Si á pesar de los anteriores recursos la dilatación no progresa, despues de una razonada y prudente espera, se debe

practicar la dilatación forzada, con los dilatares de pelota ó los trivalbos. Algunos, han recomendado para vencer el obstáculo del cuello no dilatable, incindir en algunos puntos su rodete. Recurso terapéutico es éste, que creo no deba aplicarse más que en contadísimos casos, pues solo en presencia de cuellos muy rijidos, que no se modifiquen por los recursos anteriores, en un cuello de esos que ó se desgarran ó se arrancan sin dilatarse la rijidez, es cuando podrá usarse de esta intervencion y tiene como peligro exponer á que las incisiones se agranden produciendo desgarraduras que nadie puede prever lo colosales que serán pero que siempre exponen á hemorragias y las mas de las veces á infecciones de fuente derivada para la puérpera.

En las otras causas de distocia imputables al cuello de utero, (lesiones tumorales, ya también estudiadas) el tratamiento (claro que nos referimos á él, dentro de periodo de dilatación) es más activo, y sin que en general podamos dar una regla aplicable á todos los casos, pues necesariamente tiene ésta que

variar en relacion con el tumor, con la matriz y con el feto.

El tumor en cuanto á su naturaleza y estension influencia al tratamiento, tanto que le hace variar desde ser este en un todo análogo al de las rijideces del cuello, en los adenomas y en general tumores poco desarrollados, hasta convertirse en las más enormes operaciones quirúrgicas. Entre estos dos estremos existe una escala de intensidad de intervencion paralela por decirlo así con otra escala de estension de tumores.

En general el práctico debe tender á auxiliar al parto y con estas lesiones comienza, imitando á la naturaleza, y así procurará por y con cuantos recursos le presten su ciencia ó su ingenio á ayudar á la dilatacion uterina, y únicamente cuando del más detenido exámen de la enferma deduzca que clínicamente aquél parto no puede llevarse á cabo sin originar el paso del feto horribles destrozos en las partes donde asientan los tumores, será cuando recurra á la operacion cesárea sola, ó seguida de la operacion de Porro, por la cual se estirpa despues de saca

do el feto toda la parte supra-cervical del utero, ó mejor dicho, tratándose de carcinomas ó tumores malignos del cuello, seguida la operación cesarea de la histerectomia abdominal total; entonces será dije, cuando estas intervenciones estarán indicadas, pues aunque horribles por lo cruentas, por ser imprescindibles y por armonizar lo mejor posible los intereses maternos y los fetales, se hacen precisas y se efectuan alguna vez.

Ya implicitamente hemos, al hablar de esto, apreciado la influencia de la madre sobre el tratamiento: y el feto lo modifica si está muerto, de una manera notable, pues ya en este caso en lugar de las anteriormente operaciones, se procede á la embriotomia fetal para extraer al feto pronto una embriotomia lo más facilmente posible

El edema del cuello tambien estudiado entre las causas de estas distocias, al hacer su estudio y al exponer los casos que habia visto, puse dicho lo referente á su corrección

Hay una regla de conducta en la asistencia de los partos, con estas

alteraciones cervicales, engendradoras de distocias de las fuerzas y por tanto hacen durar enfermo al parto; dicha regla que debe seguirse estrictamente y que sin embargo se infringe con gran frecuencia, es referente a no pretender vencer la rigidez anormal del cuello por medio de tracciones y distensiones del orificio uterino llevadas a cabo por el dedo y explora; esto y a primera vista, por lo lógico parece debía dar buen resultado, es las más de las veces perjudicial, pues lo que se produce con tan repetidas excitaciones, es un espasmo del cuello, que aumenta las dificultades de la dilatación.

Cuando después de bien explorada una parturiente, cuyo periodo de dilatación dura mucho y las contracciones uterinas van cada vez siendo más débiles, no se encuentra ninguna de las causas ~~ya~~ estudiadas expresadas, que pueda explicarnos la anomalía dinámica, nos encontramos sencillamente con un hecho clínico más o menos explicable científicamente pero existente al fin y modificable por los auxilios del arte.

El utero está inervado por ramas nerviosas cerebro-espinales - y por

ramas procedentes del simpático (plexo sacro y plexo uterino é hipogástrico); á ellos está encomendada la produccion de las contracciones, á ellos son debidas las alteraciones q en estas ocurran y á ellos por fin deben ser dirigidos los agentes terapéuticos, capaces de modificar en provecho de la parturiente la viciacion producida por este anormal dinamismo.

Estos agentes son los llamados oxytócicos ó excitantes uterinos.

Se les puede dividir en mecánicos, térmicos, electricos y medicamentosos.

Entre los mecánicos, hemos como recomendables las presiones y ficciones abdominales y el corquillo del fondo del útero, pues ni la traccion ni el corquillo del cuello uterino, ni los aparatos llamados excitadores, deben ser usados.

El corquillo del fondo del utero, y las presiones (que algunos pretenden se trata de hacerlas de disminuir la torsion fisiologica del útero grávido) ejercidas sobre él, suelen ir seguidas de cerca por una contraccion uterina: Sin duda esta contraccion

es aplicable por un arco reflejo, cuyas vias centrípeta y centrífuga son aún desconocidas, pues las nociones fisiológicas sobre los nervios uterinos, son muy vagas todavía. Resultan por lo tanto dichos nervios, excitantes uterinos que á su inocuidad, aunan la facilidad de su empleo.

Entre los excitantes térmicos, tenemos como de exclusivo uso, el agua de 45° a 55°, empleada en la forma de inyecciones vaginales dirijidas contra el cuello: resultan estas inyecciones calientes un excitante uterino de beneficiosos resultados, su acción es desconocida en esencia, se supone actuará directamente sobre la fibra lisa del músculo uterino, provocando en él como músculo liso la contracción (termotaxtaltismo de los musculos lisos de Cl. Bernard): si sin embargo curioso es estas inyecciones si tanto excitan la contraccion uterina de un útero en Trabajo, no sean suficientes para determinarlas en un útero grávido al fin de la gestación

Esta misma cualidad de excitar las contracciones, pero de

no poder provocarlas es inherente á la electricidad aplicada como excitante uterino.

La electricidad, despues de los minuciosos trabajos realizados por Ranvier. Saint-Germain, Onimus y Brunn, ha sido empleada en obstetricia, bajo la forma de corrientes inducidas, debiendo ser para su empleo el consejo de que su intensidad sea moderada, su duracion de medio minutos y sobre todo que la corriente se interrumpa, pasado este tiempo, para volver tras este reposo á aplicarla, imitando así las contracciones normales.

Unos practicos opinan que debe el paso de la corriente ser solo entre redes inervadas por el simpático para conseguir lo cual colocan un reoforo á cada lado de la matriz, uno en el fondo y otro en el cuello uterino, mientras otros creen deben tambien ser excitados los nervios uterinos dependientes del sistema cerebro-espinal, y para ello ponen un reoforo en el útero y otro en la nuca ó en la region lumbar.

Tiene la aplicacion de la electricidad el inconve

miento de la dificultad de su empleo para el cual precisan aparatos y pilas adecuados, pero no por no es despreciable su influencia, y cuando se pueda debe intentarse su aplicación si los recursos antes señalados (mecánicos y térmicos) fallaran.

De los excitantes ultimos medicamentosos el único y desgraciadamente se emplea todavía y con una frecuencia que apena es el cornezuelo de centeno en polvo ó en la forma de ergotina ó ergotinina. No hablaremos de él más que para proscribirlo siempre, y no usarla jamás. Es un agente mortífero cuando en éstos casos se emplea.

He pues revistado los agentes oxytócicos, de los que el práctico puede valerse para corregir la distocia dinamica y nos ocupa y de entre ellos el más recomendable es el agua caliente en duchas vaginales pues á su acción excitante ya conocida puede añadirse la antiseptica, y se logra añadiendo una substancia de esta índole, en las debidas proporciones al agua caliente, y sin rebajar su beneficiosa acción ex

cubanta, por la limpieza de microbios ahorra complicaciones puerperales.

En la otra alteración, distócica por exceso de contracciones, unicamente habrá que intervenir terapéuticamente cuando amenaza con roturas uterinas o cuando el feto peligra. En los raros casos en q la intervención precisa, la indicación es facil de llenar pues, con disminuir la excitabilidad refleja y la intensidad de los dolores, por medio de enemas laudanizados, enemas de cloral, administración de bromuros etc, habremos hecho lo posible y la mayor parte de las veces lo suficiente para evitar el peligro; á más de la mayor atención con que en estos casos se sigue el parto y que avisados del sitio donde el peligro podría hacerse inminente, fácilmente se conjura con alguna intervención manual oportuna.

En múltiples ocasiones, y aunque momentaneamente, mientras el peligro de desgarros dura, hay que sostener una lucha contra el músculo uterino y que aunque en la dilatación poco se logra, algo evitan las roturas oponiéndose á que el feto distienda

el orificio cervical ; tienen pues muchas veces que oponerse al excesivo poder de la contraccion, retardando ó el rápido avance de la presentacion, verdadero orijen ó causa inmediata de los desgarros del cuello del útero, represibles en parte, gracias á maniobra tan facil.

Existe un factor, entre los fenómenos activos del trabajo del parto, que juega un gran papel en la fisiolojía de este; me refiero á la contraccion de los músculos abdominales ó del esfuerzo, y que aquí entre las distocias dinámicas del primer período, de dilatacion, conviene anotar por la frecuencia con que las mujeres gastan sus energías en esfuerzos voluntarios inútiles. debe el práctico procurar que esto no suceda pues el estado de postracion ó cansancio en este primer período no es el mejor compañero para un buen fin de parto ni para un buen puerperio.

Con razonadas observaciones hechas á la parturiente de la inutilidad de sus esfuerzos, sumo el práctico, ayudado por la confianza que á la parturiente debe inspirar, á esta concausa de distocia por exceso de contraccion.

Terminado el estudio de las anomalías de las contracciones uteri
nas durante el 1er periodo ó de dilatación, y luchos con un
detenimiento, que quizá resulte fatigoso su recuerdo, los estudios re
ferentes á las causas y corrección ó tratamiento de dichas anomalías:
Vamos a entrar en el estudio de las que presentarse pueden el 2º
periodo periodo por nosotros admitido ó sea en el de expulsión. Al ha
cer el exposición dichas anomalías en este periodo veremos lo sim
plificado y nos resulta, pues como ambos periodos tienen bastante
analogía, haremos referencia, á lo ya dicho, en multiples ocasiones
y evitando así repeticiones enojosas resulta su exposición sencillísima

En este segundo periodo y comenzando ya su estudio, dire
mos que en él las contracciones pueden estar aumentadas ó dis
minuidas en sus caracteres. y por lo tanto el ser de mayor ó menor
duración que la normal asignada de dos á cuatro horas á contar
desde la completa dilatación del cuello, hasta la expulsión del fe
to.

Si las contracciones están aumentadas y hasta el punto de que por

en intensidad é influencia en la duracion, pueden originarse
~~[illegible]~~, ~~[illegible]~~ roturas ó desgarramientos uterinos, unos ó las
mismas causas que las de la anomalia análoga del primer perio
do son las responsables; y ~~[illegible]~~ la mayor excitabilidad fisiológica de la
~~[illegible]~~, si no es alguna excitabilidad medicamentosa por mal
empleo de oxytocicos, es la que engendra esta distocia: los mismos
síntomas, represente á tumultuosos dolores, que pueden llegar á una
tetania uterina, son observados en una y en otra y por fin los
mismos agentes medicamentosos calmantes tienen y emplear aqui
y allí, únicamente varia que las desgarraduras, mas frecuen
tes en las multiparas y en las multíparas, son de organo distinto
siendo aqui vulvares en vez de cervicales. Varían únicamente pues
en el tratamiento de esta distocia las maniobras de profilaxis de las
desgarraduras. y aquí el perineo es el mas cuidadosamente vigilado.

No hay por que reunir estas maniobras profilácticas, de todo conocidas por todos y si únicamente hacer constar el medio de observación de que, habiendo yo durante mi internato asistido en pro

cedimiento publicado por Varnier, para la defensa de perines, que consistía, en no dejar deflexionar la cabeza, en el último tiempo de la expulsión (desprendimiento de la cabeza) mucho á preciosas luchas lo más bajo, ó mejor en lo más próximo á la pared q. posible sea de la extremidad cefálica, con el objeto de que la cabeza no salga acomodando á la altura máxima de la vulva, el diámetro antero-posterior y no el mayor, sino sucesivamente los sub-occipito-bregmático y sub-occipito-frontal, que son menores q. aquel; es decir sacar la cabeza fetal flexionada; Puede yo, al ensayar este procedimiento en 6 ó 7 primíparas observar que efectivamente daba buenos resultados en lo que á la cabeza se refiere, pues la hendidura por mí dilatada no se rompía al paso de la cabeza, pero luego al salir los hombros con violencia ocasionada, acaso por la oposición por mí creada al efecto útil de las contracciones uterinas, rompían el perine por mi defendido contra la cabeza; modifiqué pues la maniobra haciendo que los hombros se desprendieran, cuando mejor convenga, precisamente encontrándolo entre dos contracciones y así desprendiendo por

uri con cuidado, primero uno y luego otro hombro fetal, lle
gue à asistir à tres primíparas, con fetos volumineros (por ci
ma de los 3000 gramos de peso) sin la menor rasgadura perineal.

Es pues muy conveniente y logrando hacerse obedecer por la parturi
ente resulta sencillo, oponerse à que las contracciones uterinas por
sí solas terminen el parto, y terminarlo auxiliados por las contracció
nes de los músculos abdominales, y por lo regulables son más à pro
posito para defender el perineo de roturas.

Tambien, y esto es más frecuente, pueden las contracciones
uterinas en este periodo hallarse disminuidas. Todas las causas que
allí enunciamos pueden ser, y lo son, responsables de la debilitación de
las contracciones en este; tan es así, que la excesiva duración de
un periodo de dilatación es la causa más frecuente de la inercia
uterina en el periodo de expulsión: la etiología es pues la misma
en uno que en otro periodo y únicamente varía el cuadro de
dislocación en uno y en otro, en que debe inicia la busca y bus
cada la causa, se la combate en un todo de la misma manera

que allí indicamos, y ó bien por su naturaleza (distocia materna) ó bien por la intensidad de ella, las fuerzas uterinas no se entonan y la inercia se establece, la situación y con ella se crea para la mujer es más grave en éste segundo período, pues las compresiones y la porción fetal ejerce sobre punto de la túnica pelviana en el que permanece sin avanzar, dan origen si no se evitan á escaras, fistulas, septicemia, como complicaciones. Peligro este que es más lejano en el primer período, pues ó el feto aún no se encajó, ó existe amnios por lo y las compresiones no se verifican

Del conocimiento de esto se deduce el tratamiento de la inercia ya una vez formada, en este período; tratamiento que ha de ser más enérgico en este período que en aquel:

Si los excitantes uterinos no vencen la inercia, y rebuscada la causa de ella ó no se encuentra, ó se encuentra y no se puede vencer es preciso terminar el período expulsivo, con los esfuerzos de una intervención - De éstas y descontando las operaciones cesárea, Porro é histerectomia, de indicaciones limitadas y ya indicadas

por nosotros, en lo que á nuestro estudio puede interesar, y las diversas pelvitomías, intervenciones que para tener su perfecta indicación, para el tratamiento de las pelviciaciones, nos quedan como elementos p.ª hacer frente á la inercia uterina, la aplicación de forceps, y la versión interna, cuando la aplicación del forceps por circunstancias especiales no deba ser empleada.

Este es el que aplicado en estos casos de inercia uterina es una cantidad inapreciable de beneficios éxitos para la vida de la madre y del niño. Los éxitos obtenidos por la aplicación del forceps no deben sin embargo deslumbrarnos hasta el extremo de hacer nos intervencionistas; antes al contrario debemos siempre procurar ahorrar á la madre las graves contingencias á las que á pesar de una asepsia escrupulosa y de una habilidad tocúrgica perfecta, se somete á la mujer que las sufre.

Precisa por tanto que exista indicación de aplicar el forceps y reconocida necesidad de la madre ó el feto de acelerar el trabajo. Sin estos extremos, no debe aplicarse el forceps.

que si se aplica solo por deseo de ahorrar sufrimientos ó el cumplimiento de ganar tiempo, deben pesar, las intervenciones en esas condiciones realizadas, sobre nuestra conciencia eternamente

Fal completo sopriso Estamendi, con su portentoso talento en el aforismo "si quieres tranquila tu conciencia, sé avaro de forceps y pródigo de paciencia,,

Será pues en estos casos, innecesaria la intervención: cuando la inercia se haya constituido y cuando la presentación permanezca dos horas en el mismo sitio: ya con estas indicaciones si no coexiste ninguna de las contraindicaciones generales de la aplicación del forceps á saber; presentación lateral, en cuyo caso es la version interna la indicada: cuello no dilatado y estrechez pelvica notable: se puede y debe aplicar dando como dije hermosos resultados.

Terminado con esto la exposición y el tratamiento de las distocias dinamicas en el segundo periodo ó expulsivo, ocuparemos con el de las alteraciones de esa índole que pueden surgir en el

alumbramiento, ó sea el tercero y ultimo periodo del parto.

Pero antes y para entendernos claramente en este estudio, debemos hacer fijar la atención en que, en el alumbramiento, ya el músculo uterino tiene además de su función como órgano contractil, otra dependiente de su elasticidad y es la retractilidad.

Veamos como cada una de ellas intervienen en el acto del alumbramiento, para luego, al citar la alteración de su función y nos sea esta perfectamente conocida.

Sin detenernos en la doctrina de Baudeloque, según la cual "los esfuerzos que la matriz hacía para expulsar al feto eran los que normalmente rompían las adherencias entre el huevo y el utero", que aunque vivió por algún tiempo, apoyada en los casos de aborto y partos prematuros en los que el huevo era expulsado en bloc, el feto rodeado por sus membranas intactas, fué pronto olvidada porque Schröeder, Barbour y Pinard, en presencia de cortes de utero, hechos en mujeres muertas después de parir y antes de alumbrar, demostraron en vista de que en ellos la placenta

estaba íntimamente adherida á la pared uterina, la inexactitud de la teoria de Baudelocque. Despues se pensó en que la retraccion post partum era la causante, y que siendo muy retractil el tejido placentario y el músculo uterino aquel al no acompañar en su retraccion al útero se desprendia de de manera análoga á lo de por que se desprende un pegote de barro blando y ha sido adherido á una forma tensa, cuando aquella recobra sus dimensiones por elasticidad. Era muy lógica esta teoria pero sin embargo los hechos la rebatieron, y visto y varios úteros de mujeres falleidas despues de parir y verificarse la completa retraccion, como lo demostraba el hecho de haberse borrado en absoluto la cavidad uterina, presentaban perfectamente retraidas sus paredes, en todos sus puntos, menos precisamente la zona de insercion placentaria, á cuyo nivel la pared uterina era mucho más delgada y en el resto del útero. Y habiendo por fin observado que esta zona empezaba y la placenta estaba suelta ó despegada cuando habian intervenido los dolores post-par

tum ó entuertos como vulgarmente se llaman se vino á fijar
la siguiente conclusión "El desprendimiento de la placenta y
las membranas no se verifica hasta algún tiempo después de
la contracción uterina y sigue á la expulsión del feto; y
es producida por las contracciones del útero retraido" llamados
dolores post-partum en ciencia y entuertos vulgarmente.: Conclusión
ésta y es la hoy día admitida.

De modo que la contracción del utero post-partum es la y deter
mina el desprendimiento placentario.

La otra, no diré función sino propiedad del útero, la retrac
tilidad, ayuda á la anterior y mutuamente se complementan
porque ella también tiene en el alumbramiento un papel im
portantísimo: el de hacer hemostasia de vasos por compresión en
tre las mallas, según vá retrayendose. Hasta tal punto es
importante su papel que cuando los tocologos hablan de inercia
en el alumbramiento se refieren á que el útero no se retrae

Con lo indicado y con el recuerdo de que además de

influirá en el desprendimiento la contracción, influye también en la expulsión de la placenta, parteándola, podemos ya sin temor á errores comprensivos ocuparnos de las alteraciones

↑ las contracciones uterinas post-partum pueden sufrir, los trastornos q^e su alteración produce y manera de corregirlos

Siguiendo el orden expositivo q^e para el estudio de la alteraciones en los periodos anteriores seguimos, estudiaremos en primer lugar la disminución de las contracciones uterinas post-partum

Esta alteración es la más frecuente. Sus causas son las más de las veces, continuación de inercias del parto, partos largos y laboriosos, úteros viejos desgastados ya por una multiparidad excesiva, etc etc. excepcionalmente se citan casos de partos tan rápidos, en los que la depleción uterina se verifica tan pronto, q^e deja al musculo uterino vacío y como estuporoso: tardando algún tiempo en retraerse y contraerse ocasionando graves hemorragias.

Lo que sucede en los casos de disminución en la intensidad

sidad de estas contracciones es en primer lugar que la placenta no se desprende y en segundo el utero al no contraerse no se retrae totalmente. De resultado de la falta de retraccion es una hemorragia grande siempre, pero que guarda relacion con la inercia fragnada. El tratamiento de estas hemorragias se impone con urgencia en la mayoria de los casos; lo primero y mas facil es corquillar ó mejor buscar el fondo del utero y estrujarlo con la mano. - Esto tiene algunas veces dificultades de ejecucion, porque cuando hay gran hemorragia, parte de la sangre sale y otra queda en la cavidad uterina, y se va dilatando mas y mas hasta hacerse como dije dificil de buscar, que algo le oculta tambien el meteorismo intestinal que se produce, y mas dificil aun de ser corquillado

Si como suele suceder, en los casos de grandes hemorragias esta maniobra no bastase, se debe recurrir á las inyecciones á 50° de agua hervida y ligeramente antiseptica.

En el caso de que tampoco con esto se calibiera la

hemorragia es preciso hacer escitaciones en el interior del ute
ro, para que éste se contraiga, lo cual se consigue con solo in
troducir la mano (previa asepsia) dentro de la cavidad uterina. - Siempre
que esto se hace se desprende la placenta y expulsada ésta se
mantiene dentro la mano hasta que por la suave presión q en
ella hacemos y por la disminución de la cantidad de la sangre
q sale juzgamos conjurado el conflicto. El estado de anemia a
guda en el que la infeliz queda después de esto exije también
nuestros cuidados, en consonancia con lo que la ciencia dispone.

Puede la retracción cumplirse aunque imperfectamente y sepa
la anomalía de defecto en las contracciones; entonces la placenta que
da allí implantada, y si usando los escitantes mecánicos o Fraccio-
nando del cordón, no se desprende, puede originar por su prolonga
da permanencia allí, infecciones, las cuales tan frecuentemente
se observan por retenciones placentarias parciales. El tratamien
to en estos casos es desprender la placenta artificialmente como
ya indicamos, después de aguardar prudentemente la

cuando uno de cuantos excitantes uterinos excepto los medicamentosos pudieramos disponer. Si la placenta ó un trozo de ella, llevara ya dias y le anunciara la infeccion, debe practicarse el legrado uterino y cuidados consecutivos á esta intervencion. Una complicacion, tambien frecuente por esta complicacion, es la inversion uterina ocasionada por traccions intempestivas é inadecuadas hechas con el objeto de desprender la placenta; y lo que sucede, es que la placenta arrastra en pos de si á la zona de insercion uterina, invirtiendo el útero en forma de dedo de guante, cosa facil, dada la falta de retraccion del musculo uterino. Solo por una imprudencia nacida de la ignorancia, se puede dar lugar á esta complicacion, cuyo mecanismo intimo de produccion, radica como decia en defectos de la retraccion del útero.

Las contracciones uterinas post-partum, pueden hallarse alteradas por exceso en su intensidad.

La causa de esta mayor intensidad de veces depende en su mayoria, de especiales excitaciones, llevadas á cabo para terminar el

parto, como son coquillos abundantes é intempestivos, en el cuerpo ó en el cuello uterino; La sociabilidad de el sistema nervioso de la parida, respondiendo con grandes manifestaciones á los más pequeños estímulos, es otras veces la razon de la existencia de la anomalia q nos ocupa, y otras veces por fin la administración del cornezuelo de centeno ó sus derivados, nos explican la producción de esta distocia.

Una vez constituida, y dado q que totalmente desprendida la placenta, puede esta distocia originar alteraciones en el cumplimiento del segundo tiempo del alumbramiento, y no ser de pasar la placenta al segmento inferior, quedará aprisionada en la cavidad, sin descender nada, por causa de la contraccion uterina exagerada; en otras ocasiones la placenta al intentar pasar al segmento inferior queda aprisionada por el anillo de contraccion de Schröeder, engrillandose y dando lugar á una retencion placentaria, que puede originar en los dias siguientes una infeccion puerperal gravisima.

Tambien influyen estas contracciones exageradas en la presentacion placentaria, esto es, en la parte de placenta, q por las contracciones, pasa la primera al segmento inferior; generalmente es la cara fetal, por que se presenta pero con esta anomalia puede ir el borde ó la cara tomentosa ó uterina los q primero pasan.

Tambien y como quiera q con el exceso de contracciones el alumbramiento se lleva á cabo en corto tiempo, en cada q tarda menos este en proveniros q lo que tardan las membranas ovulares en desprenderse de la cadena uterina, y puede suceder que el alumbramiento no resulte completo por quedarse en la cavidad uterina parte de las membranas que mas tarde indican su anormal presencia allí por infecciones de funestos resultados.

El tratamiento recomendado en estos casos es agitar la contracción por los calmantes y luego si hay retenciones placentarias, hacer que terminen, lo q

se consigue en virtud de algunas maniobras conocidas con los nombres de metodos de producir el alumbramiento artificial Tales como el de Tracción, el de expresión y el mixto ó de Credé. Y si estos no dieran resultado haciendo el alumbramiento artificial manual introduciendo la mano en la cavidad uterina y sacando fuera todo lo placentario que pueda haber, no quedando satisfechos de la intervención hasta que el tacto no nos indique y no quede, ni placenta ni membranas. La apiretxia del puerperio será la mejor garantía de que nada ovular quedó dentro del utero.

Terminado este trabajo, bajo la impresion de no haber correspondido en importancia con los deseos y me impulsaran á comentarlo más que nada por falta de competencia para tan árduo asunto, formularé á continuación las Conclusiones siguientes.

1ª El dinamismo del parto, representado por las contracciones del utero rige preponderantemente durante el curso de su trabajo, al

traciones de su normalidad.

2ª.= Estas anomalías producen verdaderas distocias y por su frecuencia y por lo remediable interesa conocer perfectamente

3ª. El origen de estas distocia es imputable ó al elemento dinámico en sí, contracción uterina ó á alteraciones estáticas

4ª. El factor causal dinamico, el mas frecuente se halla constituido por veriaciones en la fisiología de la contractilidad uterina cuya fisiología patológico es desconocida en esencia.

5ª.- Las alteraciones estáticas pueden ser causa de las dinámicas y á la ver producidas por ellas.

6ª.- Las alteraciones dinamicas se revelan por gradaciones en su intensidad cuyos extremos están constituidos por la sudoma uterina y tetanismo uterino.

7ª. La modificación distócica y expresada las alteraciones dinamicas varia segun el periodo del parto en

que surjan

8ª Es indispensable fijar el diagnóstico etiológico en cada caso de disbasia para fundamentar debidamente el tratamiento causal

y 9ª La terapéutica de estas disbasias aún variando mucho en cada caso se amolde al plan siguiente: restar factores etiológicos, modificar la contracción alterada y recurrir en caso adverso á las intervenciones teúrgicas y solucionar el conflicto, de un modo especial en cada caso,

Madrid 29 Septbre de 1902.

Admirable
L. Lopez Trigo

Manuel Sanchis Fuentes

Día 4 de Noviembre de 1902

Verificó el ejercicio del grado de Doctor
y fué calificado de Sobresaliente

Antonio Caso

Rafael Aguilar

Antonio Caso

Luis Fernández Tolosa

Carlos