

MANUALES
DE
MEDICINA PRÁCTICA

BREVIARIO
DE LA
URGENCIA OBSTÉTRICA

DR. JOSÉ M.^A MASCARÓ, Y PORCAR.

CH 60
1942

SALVAT EDITORES, S. A.

80

libreria SALVAT
AGUSTINAS 1043
SANTIAGO, CHILE

I N.º 29432

Alcántara

MANUAL DE LA URGENCIA OBSTETRICA

URGENCIA OBSTETRICA

BREVIARIO DE LA URGENCIA OBSTETRICA

MANUALES DE MEDICINA PRACTICA

BREVIARIO
DE LA
URGENCIA OBSTETRICA
CRITERIO CLINICO. INDICACIONES

EDITADO EN

Dr. José M.^a Mascaró y Porcar



SALVAT EDITORES, S. A.

BARCELONA - BUENOS AIRES

1942

PRIMERA EDICION, 1942

ES PROPIEDAD

PRINTED IN SPAIN

Al Dr. JOSÉ MASCARÓ y CROS (1793-1863,) primer tocólogo de Barcelona.

Al Dr. JOSÉ MASCARÓ y CAPELLA (1838-1905).

Nuestros bisabuelo y abuelo respectivamente, con un devoto recuerdo a su memoria de antecesores en la sangre y en la especialidad, y muy principalmente a nuestro llorado y querido Padre, Maestro y Amigo entrañable, que fué el Dr. JOSÉ MASCARÓ e ISERN, como obligado tributo de quien ofrece sus frutos a las raíces y al tronco del árbol de su vida científica y humana.

PROLOGO

Las circunstancias luctuosamente trágicas que han azotado el solar patrio durante el trienio 1936-1939 han imposibilitado nuestra periódica colaboración en las revistas de la especialidad, como veníamos haciendo ininterrumpidamente desde que estudiábamos los últimos cursos de la carrera.

Esta mudex externa forzada nos sumió en las más íntimas observaciones de la práctica obstétrica diaria, tan llena de errores y tan desconocida del médico general, que por imperioso mandato de su residencia rural se ve obligado a sentar indicaciones obstétricas y a actuar de común acuerdo con ellas.

La técnica obstétrica ha sido expuesta de manera magistralmente desigualada por infinidad de autores, pero la indicación precisa y clínica de las mismas se halla dispersa en revistas, libros y folletos casi nunca al alcance de la limitada biblioteca de un médico general.

Verificar una compilación fué nuestro primer deseo, pero la obra que de ello resultaba era un informe montón de letra muerta sin vida clínica y sin alma. Decidimos, pues, darle el hálito de nuestra modesta experiencia y redactar en forma sucinta, clara, breve, y, a ser posible, categórica, el resultado de dieciocho años de práctica obstétrica propia, sumados a la extensísima y dilatada experiencia de nuestro llorado Padre, y observados por ambos los tristes errores obstétricos dimanados casi siempre de una mala indicación. El Manual que con el título BREVARIIO DE LA URGENCIA OBSTÉTRICA la casa Salvat Editores, amable y cariñosamente, ha tenido a bien editar, se propone esto.

Perdónesenos la forma expositiva sucinta y la repetición de conceptos, definiciones y patogenias, conocidas quizá de la mayoría de nuestros futuros lectores; lo creímos necesario para sentar puntos de partida en la cuestión de las indicaciones, que es lo que fundamentalmente interesaba.

Si este pequeño Breviario presta algún día un beneficio al médico rural ayudándole a resolver un caso difícil o le orienta a sentar una indicación de espera, daremos por bien empleado el propósito que tuvimos de emprender una tarea tan ardua cual es la de tratar los más extensos temas y difusos problemas, en la forma sucinta que exige el médico práctico y requiere su interés en leerlo.

INDICE

| | <u>Pags.</u> |
|--|--------------|
| PRÓLOGO | 9 |
| INTRODUCCIÓN | 13 |
| CAPÍTULO PRIMERO. — <i>La urgencia en el embarazo</i> | 15 |
| Metrorragias | 15 |
| Aborto | 16 |
| Mola vesicular o vesiculosa. | 23 |
| Gestación ectópica | 24 |
| Hemorragias de la segunda mitad de la gestación. | 25 |
| Retroversión encarcerada. | 27 |
| Hiperemesis gravídica. | 29 |
| Enfermedades infecciosas de la gestante. | 30 |
| Apendicitis y embarazo. | 30 |
| Ileo y embarazo | 31 |
| Hernias y embarazo | 31 |
| Afecciones ginecológicas que establecen una urgencia durante el embarazo. | 32 |
| Hidramnios. | 34 |
| Intoxicación gravídica: Eclampsia. | 36 |
| CAPÍTULO II. — <i>La urgencia en el parto.</i> | 39 |
| Distocia. | 39 |
| Parto gemelar | 55 |
| Factores maternos | 56 |
| Aflojamiento del segmento uterino inferior al final del período de dilatación. | 62 |
| Distocias debidas a intervenciones uterinas de modificación postural. Prolapso uterino. | 63 |
| Estenosis pelvianas. | 67 |
| Tumores previos. | 75 |
| Enfermedades generales. | 76 |
| Eclampsia puerperal. | 77 |
| Encefalopatía hipertensiva. | 77 |
| Métodos usuales para la provocación del parto. | 80 |
| Roturas uterinas. | 81 |
| Hematoma retroplacentario. | 83 |

| | <u>Pags.</u> |
|---|--------------|
| Hematoma vulvovaginal. | 84 |
| Edema de la vulva. | 85 |
| Factores anxiales | 85 |
| CAPÍTULO III. — <i>La urgencia en el alumbramiento.</i> | 93 |
| Hemorragias. | 94 |
| Retención total o parcial de la placenta. | 97 |
| Inversión uterina | 99 |
| CAPÍTULO IV. — <i>La urgencia en el puerperio</i> | 103 |
| Desgarros cervicales y vaginales | 103 |
| Desgarros del perineo | 104 |
| Hemorragias. | 107 |
| Fiebre | 110 |
| Síntomas urinarios y nerviosos. | 112 |
| Mastitis. | 113 |
| Urgencias quirúrgicas de la fiebre puerperal. | 114 |
| Embolia de la arteria pulmonar durante el puerperio. | 116 |
| APÉNDICE | 117 |
| El «shock» obstétrico | 117 |
| La transfusión de sangre en obstetricia. | 118 |
| PROBLEMAS DE URGENCIA OBSTÉTRICA | 121 |
| Problemas de urgencia obstétrica del embarazo. | 121 |
| Problemas de urgencia obstétrica del parto. | 130 |
| Problemas de urgencia obstétrica del alumbramiento | 140 |
| Problemas de urgencia obstétrica en el puerperio. | 142 |

INTRODUCCION

*Urgence, que de crimes on commet en
ton nom!*

METZGUER.

Es corriente hoy, en el ejercicio diario de la obstetricia, hablar de *urgencia*; mas si analizamos el sentido estricto que quiere darse al vocablo, veremos cómo muchas veces no se trata más que de una *alarma* y en innumerables ocasiones la reacción es una *precipitación* que conduce a una intervención quirúrgica.

Para deshacer este equívoco tan funesto para las mujeres, como extendido entre los que se creen tocólogos porque asisten partos, es por lo que nos animamos a emprender la tarea de redactar el presente Manual, cuyo único objeto es dar todo su valor a la palabra *urgencia* y tomar como consecuencia de la misma la indicación única adecuada.

El tocólogo, por excepción rara de la medicina, se encuentra situado en condiciones casi siempre favorables a la intervención. No sufre las luchas que tiene que entablar el cirujano general con la paciente y sus deudos, difíciles de convencer al acto quirúrgico, al que miran siempre como un atentado a la integridad orgánica o un agoreró de mutilación.

En obstetricia, la paciente y sus familiares suplican el acto quirúrgico, proponen la intervención como final heroico de un estado insostenible y una moral deshecha.

Este estado de cosas se agrava aún, como observa Vital Aza¹, por el comportamiento del tocólogo actual al dejar éste de hacer un reconocimiento genital interno repetido, por miedo a la infección. El ilustre autor madrileño hace notar cómo representaba una sedación para la paciente y sus deudos aquel vetusto tocólogo pretérito que iba cantando, ante el estupor o complacencia de los circundantes familiares, el grado de dilatación uterina y progresión del móvil como quien canta las estaciones de un penoso viaje en ferrocarril.

Acostumbrada la madre o la suegra de la doliente a este cuadro confortador (?), no comprende cómo el especialista de hoy mira con tanta pasividad y tibieza el enojoso drama por el que está pasando su deuda.

La urgencia seria y verdadera es y será cada día más rara, ya que, como dice METZGUER², debe *prevenirse y no dejarla llegar*.

El mérito, decimos nosotros, del tocólogo de hoy, y del médico en general que asiste partos, no es ciertamente tener una limpia estadística de *operaciones practicadas*, sino *evitadas* por su buena táctica en saberlas sortear. Aquí, como en muchas ramas de la medicina, es aplicable el principio de que vale más prevenir que curar.

CAPITULO PRIMERO

LA URGENCIA EN EL EMBARAZO

Metrorragias (1). — La mujer embarazada no debe perder sangre por sus genitales. Toda pérdida hemática por los genitales de una embarazada es un hecho patológico que requiere *atención e intervención*, pues significa un peligro para la continuidad de la gestación.

Los autores hacen distinción entre las hemorragias genitales que pueden acaecer en la primera o en la segunda mitad del embarazo. En la primera mitad, una metrorragia indica bien la existencia de una mola, bien amenazas de interrupción del embarazo (eutópico o ectópico). En la segunda mitad hay que pensar ante todo en la placenta previa; descartada ella, quedan otras causas que veremos detalladamente en otro lugar.

La urgencia, en el sentido vital para la madre, viene impuesta por los factores generales que acompañan a la metrorragia y su intensidad y duración, y la indicación debe ser consonante con los mismos.

Un hecho primordial es establecer de forma inconcusa el diagnóstico de gestación y no tomar por metrorragia en una gestante la regla escasa que puede presentarse tras un período más o menos largo de amenorrea. No puede, por lo tanto, hablarse de pérdida hemática por los genitales de una embarazada, sin que los dos hechos, embarazo y metrorragia, puedan establecerse de forma absolutamente cierta. La copiosidad de la hemorragia, factor de sumo interés para sentar la urgencia y consecutivamente la indicación, es un dato de escasísimo valor si se toma como juicio pronóstico respecto a la evolución clínica del caso.

Son otros datos (aspecto del cuello uterino, tumores anexiales, estado del Douglas, etc.) *los únicos que deben influir en nuestro ánimo y nunca dejarnos sugestionar por el extendido creer popular que a exigüidad de hemorragia corresponden causas pequeñas y viceversa*.

(1) V. *Las metrorragias*, del Dr. J. ROURA Rosés, *Manuales de Medicina Práctica*, Salvat, E., Barcelona, 1941. (N. del E.)

sivas. El hecho de que aparezcan a veces primero la hemorragia que el dolor, o viceversa, es debido al mecanismo originario del aborto. Cuando inicialmente hay desprendimientos o rupturas vasculares de la mucosa, aparece primero la hemorragia y la contracción (dolor) después.

Cuando la muerte fetal modificó sólo las condiciones de simbiosis maternofetal sin producir roturas vasculares intensas, la contracción expulsiva inicia el aborto y las hemorragias de desprendimiento sobrevienen después.

Causas de aborto. — La endometritis simple y los desgarros cervicales antiguos que condujeron por la mala oclusión del conducto cervical a un proceso flogístico endocervical y endometrítrico conducen al aborto con mucha frecuencia.

La mucosa uterina, alterada por el proceso inflamatorio, sufre una deficiente transformación decidual y no ofrece un terreno propicio a las demandas ovulares de implantación y nutrición.

Estos abortos acaecen generalmente hacia el tercer mes, que es cuando normalmente la caduca refleja o capsular que envuelve al huevo debe soldarse con la parietal a causa del aumento volumétrico del fruto.

Si la mucosa presenta lagunas enfermas, la soldadura no puede efectuarse y el corion ovular no encuentra el aporte sanguíneo preciso para su desarrollo y perece.

Los fibromas intersticiales y submucosos, los procesos perimetrítricos adhesivos antiguos y la hipoplasia uterina, van acompañados de modificaciones patológicas tróficas de la mucosa uterina, por lo que surgirán también dificultades por parte del terreno en la nidación de la semilla y con frecuencia sobrevendrá el aborto.

En cuanto a las modificaciones posturales uterinas (retros y prolapso), que producen a veces congestiones pasivas de la matriz por dificultad en el desague venoso, dependerá su papel abortígeno de que el endometrio esté sano o afecto de procesos congestivos. En este último caso, la nidación efectuada en malas condiciones conducirá al fracaso.

El mismo mecanismo debe buscarse en la frecuencia del aborto en las enfermedades cardíacas maternas que producen una congestión pelviana de tipo venoso. En este último caso se añadirá a la mala receptividad de la mucosa un nuevo factor: el exceso de CO₂, que actuaría aumentando la irritabilidad uterina y dando lugar a contracciones expulsivas.

Las enfermedades infectivas febriles maternas conducen al aborto por simple acción de la temperatura sobre el útero, despertando su contractilidad, o por muerte del feto por acumulación de calor (RUNGE).

El paso de los microbios o sus toxinas a través del tabique placentario actúa nocivamente a la vez sobre el feto y el endometrio, en el que aparece un proceso hemorrágico (endometritis decidual hemorrágica tífica, sarampionosa, colérica, etc.) que conduce irremisiblemente al aborto.

En las infecciones crónicas (sífilis, tuberculosis) el aborto tiene lugar por modificación patológica placentaria que altera el recambio o por acción microbiana directa y letal sobre el feto.

En las enfermedades generales apiréticas (diabetes, nefritis, etc.) el aborto es producido por alteración placentaria con la consiguiente disminución de su zona útil de recambio materno fetal.

El papel de los traumatismos mecánicos y psíquicos como causa de aborto ha sido muy discutido. Los traumatismos mecánicos producen aborto cuando dan lugar a desprendimientos parciales maternofetales, y los traumatismos psíquicos, cuando provocan reacciones vasomotoras muy intensas, pueden conducir, bien a roturas vasculares, bien a contracciones uterinas y ser, por lo tanto, causas de aborto también. De todos modos, no debe concedérseles mucha importancia, pues *siempre*, si se interroga detenidamente, se encuentran en los antecedentes de todo embarazo normal.

Descartada la etiología general del aborto, queda otra contingencia, desconocida hace poco y cuya amplitud va adquiriendo importancia de día en día a medida que va adentrándose en el conocimiento de las glándulas de secreción interna. Nos referimos al aborto endocrino. CLAUBERG³ dice que en los casos de aborto habitual sin lesiones palpables, en las primeras fases del embarazo, ninguna otra causa es más verosímil que la insuficiencia del cuerpo lúteo. Este hormón, que es el que cuida de la transformación decidual de la mucosa uterina necesaria para anidar el huevo, daría lugar, cuando no se produce más que en cantidad deficiente, a una mucosa poco apta para las necesidades ovulares.

Experimentalmente se ha comprobado la necesidad del cuerpo amarillo para que subsista el embarazo en los primeros meses. Pasados éstos, la presencia del cuerpo amarillo no es indispensable, pero es que una nueva glándula de secreción interna lo suple íntegramente: la placenta.

Desde el punto de vista clínico, estos abortos por hipoluteinismo se caracterizan por los datos siguientes: *a*) ausencia de enfermedades generales abortígenas; *b*) aparición del aborto en los primeros meses del embarazo; *c*) ausencia de lesiones locales; *d*) aparición en mujeres sanas y de

sivas. El hecho de que aparezcan a veces primero la hemorragia que el dolor, o viceversa, es debido al mecanismo originario del aborto. Cuando inicialmente hay desprendimientos o rupturas vasculares de la mucosa, aparece primero la hemorragia y la contracción (dolor) después.

Cuando la muerte fetal modificó sólo las condiciones de simbiosis maternofetal sin producir roturas vasculares intensas, la contracción expulsiva inicia el aborto y las hemorragias de desprendimiento sobrevienen después.

Causas de aborto. — La endometritis simple y los desgarros cervicales antiguos que condujeron por la mala oclusión del conducto cervical a un proceso flogístico endocervical y endometrítico conducen al aborto con mucha frecuencia.

La mucosa uterina, alterada por el proceso inflamatorio, sufre una deficiente transformación decidual y no ofrece un terreno propicio a las demandas ovulares de implantación y nutrición.

Estos abortos acaecen generalmente hacia el tercer mes, que es cuando normalmente la caduca refleja o capsular que envuelve al huevo debe soldarse con la parietal a causa del aumento volumétrico del fruto.

Si la mucosa presenta lagunas enfermas, la soldadura no puede efectuarse y el corion ovular no encuentra el aporte sanguíneo preciso para su desarrollo y perece.

Los fibromas intersticiales y submucosos, los procesos perimetríticos adhesivos antiguos y la hipoplasia uterina, van acompañados de modificaciones patológicas tróficas de la mucosa uterina, por lo que surgirán también dificultades por parte del terreno en la nidación de la semilla y con frecuencia sobrevendrá el aborto.

En cuanto a las modificaciones posturales uterinas (retros y prolapso), que producen a veces congestiones pasivas de la matriz por dificultad en el desagüe venoso, dependerá su papel abortígeno de que el endometrio esté sano o afecto de procesos congestivos. En este último caso, la nidación efectuada en malas condiciones conducirá al fracaso.

El mismo mecanismo debe buscarse en la frecuencia del aborto en las enfermedades cardíacas maternas que producen una congestión pelviana de tipo venoso. En este último caso se añadirá a la mala receptividad de la mucosa un nuevo factor: el exceso de CO₂, que actuaría aumentando la irritabilidad uterina y dando lugar a contracciones expulsivas.

Las enfermedades infectivas febriles maternas conducen al aborto por simple acción de la temperatura sobre el útero, despertando su contractilidad, o por muerte del feto por acumulación de calor (RUNGE).

El paso de los microbios o sus toxinas a través del tabique placentario actúa nocivamente a la vez sobre el feto y el endometrio, en el que aparece un proceso hemorrágico (endometritis decidual hemorrágica tífica, sarampionosa, colérica, etc.) que conduce irremisiblemente al aborto.

En las infecciones crónicas (sífilis, tuberculosis) el aborto tiene lugar por modificación patológica placentaria que altera el recambio o por acción microbiana directa y letal sobre el feto.

En las enfermedades generales apiréticas (diabetes, nefritis, etc.) el aborto es producido por alteración placentaria con la consiguiente disminución de su zona útil de recambio materno fetal.

El papel de los traumatismos mecánicos y psíquicos como causa de aborto ha sido muy discutido. Los traumatismos mecánicos producen aborto cuando dan lugar a desprendimientos parciales maternofetales, y los traumatismos psíquicos, cuando provocan reacciones vasomotoras muy intensas, pueden conducir, bien a roturas vasculares, bien a contracciones uterinas y ser, por lo tanto, causas de aborto también. De todos modos, no debe concedérseles mucha importancia, pues *siempre*, si se interroga detenidamente, se encuentran en los antecedentes de todo embarazo normal.

Descartada la etiología general del aborto, queda otra contingencia, desconocida hace poco y cuya amplitud va adquiriendo importancia de día en día a medida que va adentrándose en el conocimiento de las glándulas de secreción interna. Nos referimos al aborto endocrino. CLAUBERG³ dice que en los casos de aborto habitual sin lesiones palpables, en las primeras fases del embarazo, ninguna otra causa es más verosímil que la insuficiencia del cuerpo lúteo. Este hormón, que es el que cuida de la transformación decidual de la mucosa uterina necesaria para anidar el huevo, daría lugar, cuando no se produce más que en cantidad deficiente, a una mucosa poco apta para las necesidades ovulares.

Experimentalmente se ha comprobado la necesidad del cuerpo amarillo para que subsista el embarazo en los primeros meses. Pasados éstos, la presencia del cuerpo amarillo no es indispensable, pero es que una nueva glándula de secreción interna lo suple íntegramente: la placenta.

Desde el punto de vista clínico, estos abortos por hipoluteinismo se caracterizan por los datos siguientes: *a)* ausencia de enfermedades generales abortígenas; *b)* aparición del aborto en los primeros meses del embarazo; *c)* ausencia de lesiones locales; *d)* aparición en mujeres sanas y de

regla normal; e) existencia eventual de síntomas hipopituitarios e hiposuprarrenales, glándulas ligadas con la función del cuerpo lúteo; y f) comprobación histológica de una decidua insuficientemente desarrollada.

La participación del tiroides en ciertos abortos es un hecho comprobado. MARAÑÓN cita casos de abortos en mujeres hipotiroideas e hipertiroideas que cesan al mejorar la afección endocrina. La causa, según el citado autor, sería debida a la acción del tiroides sobre el metabolismo (recambio) materno-fetal.

La hipófisis y las suprarrenales, por su acción luteinizante del ovario, pueden también teóricamente ser responsables de abortos cuando actúen deficientemente.

Por fin, la avitaminosis puede también ser causa de aborto. La vitamina E, que se encuentra entre otros productos alimenticios en los extractos de granos de trigo y hojas de lechuga, determinaría acciones hormonales indispensables para que el embarazo subsista, y su ausencia daría lugar a la muerte del fruto y su resorción o expulsión.

Hecha esta breve enumeración de algunas de las más principales causas de aborto, pasemos a reseñar el tratamiento causal.

La endometritis, sea infecciosa o trófica, no tiene un tratamiento actual; su diagnóstico será precioso para instituir un tratamiento de la misma, una vez ocurrido el aborto, y evitar su repetición en un posible nuevo embarazo.

Cuando las malas condiciones de la mucosa sean debidas a un trastorno postural uterino, es evidente que la indicación será la corrección del mismo (retro, prolapso), procurando mantener la nueva posición por medios ortopédicos (pesarios). Algunos autores son partidarios de la corrección de la retroversión en las embarazadas por un proceder lento y suave como es la posición genupectoral de la paciente, previo un enema a retener, durante unos veinte a treinta minutos diarios. La acción de la ampolla rectal llena, gravitando sobre el fondo uterino, y la posición del cuerpo, corrigen la desviación uterina de la manera más inocua.

La corrección de la retroversión por vía manual se efectúa empujando el cuerpo uterino con dos dedos desde el Douglas y empuñando con la mano externa el fondo uterino, que es llevado hacia el pubis. Si este medio fracasare, se seguirán los procedimientos de que hablaremos al tratar de la retroversión encarcerada.

Diagnosticadas las enfermedades crónicas (lúes, tuberculosis, diabetes) como causa de aborto, el tratamiento será el general de estas dolencias. Solamente en la lúes preferimos para los arsenobenzoles la vía intramuscular

a la endovenosa para evitar molestas reacciones vasomotoras exageradas en el embarazo.

El aborto en las enfermedades febriles requiere antitérmicos, pero prescindiendo de la quinina, pues su acción oxiótica sería perjudicial y contraria a nuestros deseos.

En las cardíacas no requiere otro tratamiento que el general y corriente, y en las endocrinópatas, un tratamiento hormonal apropiado.

El cuerpo lúteo se proporciona a base de extractos comerciales (luteogán, luteona, ovarión, etc.) por inyección, ya que administrado *per os* es inactivo. Se administran 5 Unidades Internacionales (5 miligramos) subcutáneas por día.

La administración de tiroidina en casos de hipotiroidismo y el tratamiento antitiroideo (suero antitiroideo, radioterapia, etc.) en el hipertiroidismo, en nada difiere a la terapéutica usual de estas afecciones para reseñarlo específicamente aquí como antiabortivo.

Aborto en curso. — Comprobado este estadio por exploración genital, la indicación a tomar dependerá del hallazgo exploratorio. *Con cuello acortado, y hasta desaparecido del todo, sin dilatación: tratamiento conservador* semejante al de las amenazas de aborto. Si hay dilatación, perdidas las posibilidades de conservación del embarazo, tratamiento de Heynemann (quinina: un gramo diario en sellos de 0,25 gramos, y pituitrina: 3 unidades Voeglin al día en inyección). Cuando la hemorragia es alarmante o en los casos en que sin serlo hay un estado febril, *evacuación uterina*.

La evacuación puede ser *digital* o *instrumental*. A ser posible, preferiremos la *digital* por ser más consciente y menos brutal. El defecto que se atribuye a la evacuación digital, de que la cortedad del dedo impide llegar al fondo uterino y revisar toda su cavidad, puede corregirse con la práctica. El dedo del tocólogo se alarga, según FRITCH, con el uso, y ello es una realidad. Con anestesia general para evitar el dolor y la reacción de defensa abdominal, se procede después de una buena desinfección de los genitales externos y de las manos del operador, que deberán ir provistas de guantes estériles, a introducir un dedo (generalmente el índice) por el orificio cervical. Tan pronto se haya sorteado el orificio interno del conducto cervical, la mano externa hace presa del fondo uterino empuñándolo, y conduce todo el órgano, como si se calzase un dedil de goma, hacia el dedo interno. Este, con movimientos de lateralidad y raspado (con el pulpejo), va desprendiendo los restos que se tactan empezando por el fondo, ángulos tubarios y paredes uterinas, para terminar en las regiones ístmica y cervical.

Cuando este medio fracasa, se recurre al legrado instrumental, operación sencillísima y reglada que puede efectuarse en la misma cama de la paciente.

Preferimos la anestesia raquídea, cuando el cuello está cerrado, por favorecer ésta la dilatación cervical, y rechazamos la dilatación por medio de tallos de laminaria o tupelo, pues la duración de su actuación es un tiempo que bien puede ser también de incubación infectiva. Con los tallos rígidos de Hegar o de Jolly se establece la dilatación suficiente para el paso amplio de una cucharilla de Recamier y se practica el legrado de forma lenta y serena, sin preocuparnos de la pérdida momentánea, legrado siempre de arriba abajo, empezando por el fondo y los ángulos tubarios y siguiendo después por las paredes uterinas hasta llegar a las cervicales e ístmicas.

Después del legrado es conveniente dejar un drenaje de gasa yodofórmica que se retira a las veinticuatro horas, pues al tiempo que drena las secreciones que pudieran quedar retenidas por una doblez uterina (retro o anteflexión) excita las contracciones uterinas como cuerpo extraño y conduce, por ende, a la hemostasia.

Aborto consumado, con retención o sin ella. — *El abstencionismo es la regla*, a menos que un factor añadido, de tipo *hemorragia* o *fiebre*, haga temer por el estado general de la paciente, en cuyo caso debe intervenir vaciando los restos placentarios.

МАЙОН⁴ y otros son intervencionistas acérrimos, ya que, según ellos, el tiempo perdido antes de la evacuación es el principal factor de gravedad en los abortos infectados. El criterio, medido después de fracasos y sorpresas desagradables, hace que nos reafirmemos en lo que llevamos dicho, es decir: expectación armada, y no intervenir más que cuando se presenta una complicación que atente al estado general.

No debe practicarse nunca un legrado instrumental sin convencernos, previa exploración, de la absoluta integridad anexial y periuterina; de otra forma, abriendo bocas o movilizándolo, nos exponemos a la difusión de un proceso que yacía limitado y adormecido (1).

En el aborto consumado, con útero vacío, puede haber urgencia por hemorragia. Comprobada la absoluta vacuidad uterina por exploración cuidadosa, queda entonces descartada la posibilidad de una hemorragia por retención y establecido el origen hipotónico de la misma, por lo que en tal caso la indicación será la misma de las hemorragias hipotónicas del puerperio, de las que nos ocuparemos en su lugar.

(1) Si el caso da tiempo practíquese previamente al legrado un examen de la velocidad de sedimentación eritrocitaria de la enferma. Su valor alto indica la existencia de un proceso evolutivo genital.

Mola vesicular o vesiculosa. — *Es la degeneración hidrópica parcial o total de las vellosidades coriales, con lisis del embrión en el segundo caso.* Sobre la patogenia de esta afección no hay nada definitivo; se cree, sin embargo, que se trataría de una afección primaria vascular de las vellosidades coriales, la que originaría secundariamente una vacuolización del epitelio de las mismas.

Síntomas. — *Metrorragias indoloras durante el primer trimestre, poco abundantes* y de repetición que hacen pensar en amenazas de aborto. La ausencia, sin embargo, de contracciones dolorosas y la invariabilidad del cuello, que ni se acorta ni se dilata a pesar de que transcurra el tiempo, deben hacerla sospechar. Por la exploración genital se recoge un dato de gran valor: la *desproporción volumétrica del útero* con respecto al tiempo de la gestación. A pesar del volumen exagerado del útero (que aparece como de tres o cuatro meses más), *no se percibe peloteo fetal ni movimientos activos del feto, ni por auscultación se oyen latidos del mismo.*

El útero ofrece una consistencia pastosa, como de arcilla, y no la elástica normal, presentando la mujer *generalmente* una exageración de las molestias toxigrávidas (sialorrea, emesis, etc.).

Instituído el diagnóstico, debe procederse sin precipitación ni urgencia a la evacuación uterina, a menos que la copiosidad de la hemorragia, hecho raro, poniendo en peligro la vida de la paciente, sienta la indicación urgente de intervenir.

La evacuación debe hacerse por vía vaginal, previa anestesia raquídea, que facilita la dilatación del cuello y *siempre digitalmente.*

La evacuación instrumental podría dar lugar por fragmentación de la mola a siembras sinciciales y al consiguiente peligro del *corioepitelioma.*

La retención parcial de tejido molar puede dar lugar al desarrollo ulterior de un *corioepitelioma*, neoplasia maligna de origen corial que requiere un tratamiento quirúrgico radical (histerectomía).

Por ello, pues, toda mujer que haya sufrido una mola debe ser examinada mensualmente durante un espacio de tiempo no menor a seis meses, para poder descubrir en sus orígenes el desarrollo de un *corioepitelioma* y obrar con el radicalismo necesario de manera prematura.

SÍNTOMAS INICIALES DEL CORIOEPITELIOMA. — 1.º *Hemorragias.* Tras un período de amenorrea después de la extracción de la mola, aparecen nuevamente hemorragias indoloras, pequeñas y de repetición. 2.º *Aparición de quistes ováricos bilaterales*, de tamaño variable (hasta un huevo o un puño). Estos quistes son luteínicos y debidos a la acción del tejido sincicial

sobre el ovario (cuerpos amarillos gigantes). 3.º *Las reacciones hormonales del embarazo continúan positivas a pesar de que se extrajo la mola y no hay, por lo tanto, embarazo.* Ello es debido a que queda *tejido corial vivo* en el útero.

Gestación ectópica (1). — *Es la nidación del huevo fuera de la cavidad uterina.* Desde el propio folículo hasta la región intersticial de la trompa, donde ésta aboca al útero, todo este trayecto puede ser asiento del huevo fecundado. También puede el huevo caer una vez fecundado en la serosa peritoneal y anidar allí secundariamente.

Patogenia. — Hoy se tiende a creer que influyen en este hecho dos factores esenciales: 1.º, presentación de reacción decidua en la mucosa tubaria, lo que la hace apta para anidar el huevo; y 2.º, tendencia intrínseca de ciertos huevos a anidar de manera prematura antes de que hayan tenido tiempo de trasladarse a la cavidad uterina.

Síntomas. — Mientras no surja una complicación (*ruptura o aborto*) el embarazo ectópico es mudo. Da los corrientes signos de gravidez. Por exploración bimanual cuidadosa, puede descubrirse al encontrar el útero aumentado de volumen, pero menos globuloso que lo corriente y una tumoración láterouterina que es el embarazo. Cuando surge una de las dos complicaciones anotadas, aparecen los síntomas.

Aborto tubario. — Es el desprendimiento del huevo de su nido por ruptura de la decidua capsular o refleja, cayendo éste bien en el peritoneo, bien en la cavidad tubaria libre, de donde pasa a la uterina y al exterior. Este hecho se anuncia por una *hemorragia* y por la salida de una caduca (la uterina) al exterior. Generalmente se confunde con un aborto uterino normal. El examen microscópico de la caduca expulsada muestra como carece de tejido corial y establece el diagnóstico.

Ruptura tubaria. — Es el estallido de la trompa a consecuencia de su excesiva distensión y erosión por el huevo. Hay *hemorragia interna, dolor agudo, defensa abdominal*, y examinando genitualmente se encuentra el Douglas, punto declive de la cavidad abdominal, ocupado por coágulos (sensación pastosa de ocupación).

CONDUCTA A SEGUIR. — El embarazo ectópico es siempre una urgencia; ya opinaron así WERTH y PINARD al compararla a una neoplasia maligna en lo que se refiere al radicalismo que debe imperar en la terapéutica. Una

(1) V. Embarazo ectópico, del Prof. VÍCTOR CÓNILL, *Manuales de Medicina Práctica*, Salvat E., Barcelona, 1940. (N. del E.)

vez diagnosticado, el embarazo ectópico *reclama la inmediata intervención quirúrgica.*

Creemos absurdo distinguir conductas a seguir según se trate de primeros meses o no, contando con la esperanza, remota, de que una vez rota la cápsula del huevo pueda éste continuar su evolución en otro terreno que el suyo propio (embarazo abdominal). Ante esta posibilidad difícil, no debemos exponer *nunca* la vida de una mujer. La laparotomía con la extirpación de la trompa grávida es el único camino a seguir.

En las contingencias del embarazo ectópico estudiadas, también somos partidarios del proceder quirúrgico abdominal radical; claro está que *cuando la hemorragia interna no es copiosa*, no hay urgencia y lo mejor es esperar para intervenir a que el hematocele esté bien encapsulado, pues al tiempo que evitamos una pérdida mayor de líquido hemático, por movilización de coágulos oclusores, colocamos el caso en condiciones de poder ser intervenido por vía vaginal, inconmensurablemente menos peligrosa que la abdominal.

La intervención consistirá en una amplia colpoceliotomía con vaciado de coágulos, dejando un drenaje. En algunas ocasiones, el hematocele puede resorberse *per se*, en cuyo caso huelga la intervención ulterior; pero en el curso del tiempo transcurrido mientras se espera que su encapsulamiento sea perfecto, también puede aparecer una *supuración* del mismo, cuadro que se anuncia por *fiebre, dolor, síntomas generales y fluctuación del Douglas*. En tales casos, la colpoceliotomía de urgencia se impone.

Hemorragias de la segunda mitad de la gestación. — Este capítulo corresponde en justicia a la urgencia del parto por los hechos patológicos que en el mismo se tienen que estudiar, y será precisamente allí donde nos extenderemos en su consideración. Aquí hacemos mención de estos hechos patológicos sólo a título de que quede completo el estudio de metrorragias y embarazo, considerando sólo el síntoma metrorragia de los últimos meses del embarazo como una complicación del mismo que reclama urgente intervención.

Las hemorragias del tercer trimestre son debidas a *la placenta previa, al desprendimiento de la placenta normalmente inserta prematuramente o a la ruptura del seno marginal o de los grandes vasos deciduales.*

a) **Placenta previa.** — La placenta previa generalmente causa las hemorragias sólo durante los tres últimos meses de la gestación; el médico pensará, por lo tanto, en su existencia, siempre que se produzcan hemorragias en dicha época, sin que el útero esté en actividad.

El diagnóstico se establece por exclusión, con las neoformaciones benignas (pólipos y fibromas cervicales pediculados), con las neoplasias malignas del cuello y con las hemorragias por desprendimiento parcial de la placenta normalmente inserta, y las determinadas por rotura del seno marginal o grandes vasos deciduales.

Los *síntomas* de la hemorragia por placenta previa son típicos: *hemorragias del tercer trimestre que aparecen de forma inopinada, sin dolor (contracciones uterinas), que cesan espontáneamente repitiendo al cabo de unos días con idéntica sintomatología.*

CONDUCTA A SEGUIR. — La hemorragia no está determinada por contracciones uterinas, sino por la desinserción de las vellosidades placentarias, con rotura de los espacios intervillosos, ocasionada por la distensión del segmento inferior, mayor que el crecimiento de la placenta. La hemorragia se detiene espontáneamente por coagulación de la sangre, pero si ello no ocurre, nada más equivocado que recurrir para contenerla a medios que despierten la actividad contráctil uterina.

Reposo en cama absoluto y abstención de todo esfuerzo. Como puede considerarse de unos ocho días el tiempo suficiente para la obstrucción trombótica de los vasos, pasado este tiempo, si la hemorragia no ha repetido, se permitirá a la enferma que abandone el lecho. Sin embargo, cuando el término del embarazo es próximo y la hemorragia fué de cierta intensidad, la paciente guardará cama sin interrupción hasta después del parto.

b) **Desprendimiento prematuro y parcial de la placenta normalmente inserta.** — La patogenia de este hecho hay que buscarla en un factor tóxico que establece infartos placentarios y aumentos de tensión en los espacios intervillosos, por cuyo hecho la placenta se despega con la consiguiente hemorragia, generalmente interna.

Los *síntomas*, alarmantes y bruscos, son los de *anemia aguda por hemorragia interna.* El útero *se pone duro, de consistencia leñosa, y aumenta desmesuradamente de volumen.* No existe una verdadera actividad contráctil uterina y el feto muere a consecuencia del trastorno circulatorio.

La hemorragia externa, *cuando existe, es escasa, muda* y debida a que la sangre se abre camino, deslizándose, hacia el polo inferior del huevo, entre éste y las membranas.

La conducta a seguir será convenientemente tratada en el capítulo del parto.

c) **Hemorragias determinadas por ruptura del seno marginal o de grandes vasos deciduales.** — Son debidas a trastornos inflamato-

rios (endometritis) o necróticos, que alteran las paredes de los vasos deciduales; éstos o el seno marginal venoso de la placenta se desgarran por acción de cualquier violencia (traumatismos, placenta baja, etc.).

Síntomas. — *Hemorragia moderada* generalmente, pero que puede ser intensa, sin contracciones, *muda*, que aparece sin fundamento aparente ni aviso sintomático.

El diagnóstico debe establecerse por exclusión de la placenta previa y

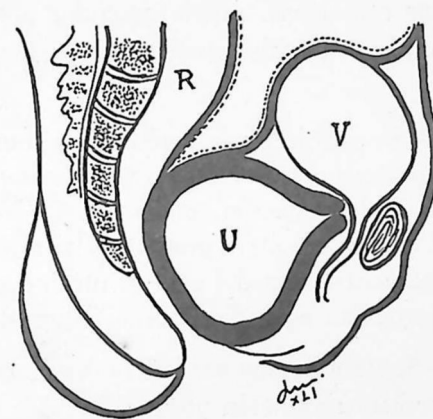


FIG. 1. — R, recto; U, útero; V, vejiga de la orina distendida (retención). Obsérvese la compresión y desviación del cuello vesical por el cuello uterino y la compresión rectal por el fondo.

neoformaciones cervicales (benignas y malignas), y el tratamiento, expectante, es semejante al de la placenta previa.

El diagnóstico, de forma inconcusa, sólo se establece después del parto por la comprobación del desgarramiento del seno marginal o por el hallazgo de un coágulo en la cara fetal de la placenta, si se trató de la ruptura de un vaso decidual.

Retroversión encarcerada. — *Es la retroversión del útero grávido con síntomas urinarios y compresivos.*

Patogenia. — Cuando el útero retroverso grávido se desarrolla y crece, de pelviano se convierte en abdominal y la retroversión desaparece paulatinamente; pero si esto no sucede, sea porque hay adherencias que lo impidan, sea por otra causa, llega un momento en que el útero adquiere un volumen desmesurado para ocupar la excavación pélvica y sobrevienen síntomas de compresión en los órganos pélvicos.

Síntomas. — En la incarceration uterina, según expresión de PINARD, la vejiga lo es todo, el útero no es nada. La posición anteversa del cuello uterino comprime la vejiga urinaria contra el plano óseo del pubis al tiempo que la desvía hacia atrás. Ello da lugar a trastornos funcionales de la vejiga importantes (retención). A consecuencia de ello, inmigran gérmenes a la vejiga a través de la uretra y sobreviene una cistitis. Como las causas persisten, la inflamación de la mucosa se propaga a las capas más profundas de la pared vesical, aumenta en intensidad y sobreviene la gangrena vesical.

La infección, por otra parte, puede ascender por los uréteres y dar lugar a ureteritis, pielitis y nefritis purulentas que llegan a acabar con la vida de la paciente.

Diagnóstico. — Se establece por exploración combinada, procurando no confundir el cuerpo uterino retroverso con un *hematocele*, cosa fácil por faltar los datos típicos de la gestación ectópica, un *fibroma subseroso*, más duro y abollado que el cuerpo del útero gestante y las *tumoraciones anexiales*, menos pastosas que la consistencia del cuerpo uterino grávido y retroverso y con antecedentes típicos de cosa inflamatoria (fiebre, dolor, leucorrea).

Indicación. — Se trata de una verdadera urgencia y requiere, una vez diagnosticada, la inmediata reposición uterina.

Primero se intentará manualmente como dejamos reseñado a propósito del aborto. Si fracasa, se intentará la reducción por vía vaginal traccionando unas pinzas de Museux prendidas en el labio anterior del cuello al tiempo que se empuja por el Douglas con dos dedos de la otra mano. De no lograr nuestro intento con estos medios, puede recurrirse a la reducción por medio de globos rellenos de mercurio alojados en el Douglas colocando la paciente en posición de Trendelenburg, aunque con escasas esperanzas, pues son métodos que fracasan casi siempre. Fracados todos estos medios, no queda otro recurso que la urgente reposición del útero retroverso y grávido por medio de una laparotomía.

Para mantener la buena posición de corrección, una vez ésta lograda por el proceder que sea, se colocará un pesario vaginal de Hodge durante una temporada (cosa de un mes).

Con las tentativas mentadas de reposición y con el acto quirúrgico cuando aquéllas fracasaron previamente, nos exponemos a una interrupción temporánea de la gestación, pero la indicación urgente del caso lo justifica todo por el hecho de ir dirigida contra un daño mayor (lesiones vesicales irreparables) y no conducir, en el peor de los casos, más que al fin fatal del

aborto, al que también llegaríamos al abandonar la posición viciosa a su propia suerte.

Antes de todo intento de reposición, hay que vaciar la vejiga por cateterismo fraccionado.

La vacuidad vesical es indispensable a fin de que al maniobrar no se produzcan mortificaciones o estallidos de la vejiga alterada, y el fraccionamiento del cateterismo se efectúa para evitar el peligro de la descompresión rápida sobre las venas vesicales, lo que podría originar hemorragias endovesicales graves.

Se practica con una sonda de goma larga (masculina) y se repetirá a las pocas horas, dejando evacuar cada vez una poca cantidad de orina solamente. A veces el cateterismo resulta imposible debido a la desviación de la uretra por la compresión y desplazamiento vesical. En tales casos se recurre a la punción evacuadora suprasinfisiaria de la vejiga, que se realiza también fraccionadamente.

Hiperemesis gravídica. — *Vómitos incoercibles de las embarazadas.*

Patogenia. — Se trata de un síntoma toxigrávido o reflejo exagerado por la hipercloruria y cloropenia.

Síntomas. — Vómitos con intolerancia absoluta de toda clase de ingesta. Emaciamento intensísimo y finalmente un cuadro febril con síntomas taquicárdicos y nerviosos.

CONDUCTA A SEGUIR. — La verdadera urgencia sólo sobreviene cuando han fracasado todos los medios médicos, dietéticos y físicos, propuestos hasta la fecha.

Desde las simples pociones antieméticas, la prescripción del oxalato de cerio, la rechloruración por vía endovenosa, hasta la terapéutica hipnótica y persuasiva en un medio nosocomial en completo aislamiento del ambiente familiar, debe ensayarse todo. Cuando han fracasado todos los medios, aparece la verdadera urgencia, y el tratamiento es *la evacuación uterina*.

Previa anestesia raquídea, se procede a la dilatación cervical y al legrado instrumental subsiguiente.

No creemos preciso advertir que la determinación que queda apuntada se tomará sólo en el caso de que el estado general de la paciente (pulso, emaciamento, síntomas nerviosos, etc.) sienten una *verdadera urgencia*, y, a ser posible, aconsejamos compartir la responsabilidad con un compañero consultor.

Enfermedades infecciosas en la gestante. — No son motivo de urgencia y no debe hacerse otro tratamiento que el común de la infección.

Nunca se provocará el aborto, cuidando antes bien de evitarlo por ser siempre éste una grave complicación en el curso de toda infección general.

Si la gestación está avanzada y la infección provoca el parto prematuramente, convendrá, según el estado de la paciente, evitar un trabajo largo y fatigoso, por cuyo hecho estarán indicados el fórceps y la extracción manual con dilatación entera.

Las temperaturas elevadas, por los motivos que hemos expuesto al hablar del aborto, constituyen siempre un motivo de urgencia y justifican una intervención en el sentido protector del embarazo.

Prescindiendo de la quinina, otros antifebrífugos no oxitócicos como la fenacetina, piramidón, antipirina y el ácido acetilsalicílico, deben ser empleados a las dosis corrientes, y un tratamiento balneoterápico o sencillamente hidroterápico (sábana húmeda) puede también emplearse contra la fiebre para evitar su nociva acción *per se* en el embarazo.

Toda la terapéutica antiinfecciosa general (vacunas, acridinas, sulfamidas) puede emplearse, sin restricciones, en el embarazo.

Apendicitis y embarazo. — La dilatada experiencia de los cirujanos de hoy ha venido a sentar el criterio de considerar a toda apendicitis como urgencia e intervenirla quirúrgicamente tan pronto sea diagnosticada (1).

En la apendicitis y embarazo, el criterio debe ser el mismo.

La intervención se practicará con anestesia general, evitando la raqui-anestesia por su acción sobre la retractilidad uterina, que parece aumentada.

Terminada la intervención, procuraremos establecer un silencio uterino farmacológico que evite el aborto (morfina, pantopón, espasmalgina).

Si la apendicitis sobreviniera cuando la gestación está ya muy avanzada, *no recurriremos nunca* a la laparotomía, practicando a la vez la sección cesárea y la apendicectomía, sino que preferiremos la evacuación uterina por el proceder de Delmás, o sea la dilatación cervical y extracción fetal, previa raquianestesia, y aprovechando la acción de la misma raqui, se practicará después la apendicectomía (COTTE y GONET⁵).

De esta forma no hay posibilidad de contaminar la herida uterina con el foco séptico apendicular y evitamos, por otra parte, la posible ruptura de la cicatriz si tememos que el parto, ya próximo, puede adelantarse unos días y sobrevenir horas después a la intervención abdominal.

(1) Véase *Apendicitis agudas*, J. PI-FIGUERAS, *Manuales de Medicina Práctica*, Salvat Editores, Barcelona, 1941. (N. del E.)

Ileo y embarazo. — *Es la oclusión intestinal sobrevenida en el curso de un embarazo, dependiente o no de él.*

Patogenia. — Afección sumamente rara (1 por 31.000 embarazos), puede ser: *paralítico* (de origen colibacilar y con peritonitis concomitante); *espasmódico* (añadido generalmente a un cuadro obstructivo por exageración, a causa de la insuficiencia hepática de la gestación, de la ya habitual constipación femenina); y *mecánico*. Este último sería debido a la compresión de unas asas intestinales excepcionalmente prolapsadas al Douglas, o consecutivo a la extrangulación de la sigmoidea por el ligamento infundibulopélvico izquierdo, puesto tenso a manera de una cuerda a causa de la fisiológica dextrotorsión del útero grávido.

Se citan también en la literatura algunos casos de invaginación intestinal en gestantes.

Los síntomas son los corrientes del íleo, y la terapéutica, cuando han fracasado los tratamientos médicos y físicos corrientes, es francamente quirúrgica.

Si el embarazo es de menos de siete meses, tomaremos las mismas precauciones que quedan apuntadas al tratar de la apendicectomía en la embarazada de primeros meses. Hay, sin embargo, que añadir, aquí, que la gran extensión de la cicatriz laparotómica puede representar un peligro en el momento del parto, por cuyo hecho conviene intervenir, cuando llegue esta hora, para asegurar la solidez de la misma, evitando distensiones y esfuerzos.

Si el embarazo es de más de siete meses, junto con la laparotomía exploradora debe practicarse la sección cesárea, que preferimos corporal por no existir casi nunca en aquellas épocas el segmento uterino inferior⁶.

Sólo en el caso de que encontrásemos una necrosis intestinal consecutiva a un vólvulo o invaginación intestinal, una apendicitis o cualquier hecho que pudiera representar un foco de contaminación para la herida uterina, debe dejarse la evacuación de la matriz para un segundo tiempo y por vía baja.

Opinamos, igual que LAQUIERE⁷, que la sección cesárea debe ser, siempre que se pueda, el complemento de la laparotomía exploradora.

Hernias y embarazo. — Las hernias no deben operarse nunca durante el embarazo, salvo la contingencia, *enormemente rara en la gestante*, de su estrangulación.

Las hernias reductibles son atraídas por el útero en crecimiento, fuera del saco, y colocándose la masa uterina a manera de pelota en la boca del mismo, impide una nueva penetración del contenido en el divertículo peritoneal.

Las hernias irreductibles (especialmente las crurales) son las únicas que pueden extrangularse.

Ante un caso de extrangulación herniaria debe procederse con urgencia al tratamiento quirúrgico adecuado prescindiendo del embarazo.

Es de aconsejar sólo la anestesia general por las razones ya apuntadas.

Las hernias que aparecen en el curso del embarazo, quizá como consecuencia del mismo, no requieren cuidado especial alguno, pues el empleo de medios contentivos (bragueros) es sumamente molesto por el hecho del embarazo y el peligro de la extrangulación, como acabamos de ver, casi remoto.

Afecciones ginecológicas que establecen una urgencia durante el embarazo. — a) **Torsión del pedículo en los cistomas ováricos.** — Es un hecho que se presenta en la proporción aproximada de un 12 por 100 de los casos en que coexiste el embarazo con un cistoma ovárico o paraovárico.

La relativa frecuencia de este hecho, mucho más raro en la práctica ginecológica habitual, es debida a dos factores: 1.º El cistoma es desalojado por el útero grávido de su encierro pelviano y ascendido a la cavidad abdominal, donde se encuentra más ancho y más expuesto que en su primitivo paraje a las contingencias que ordinariamente conducen por rotación del tumor a la torsión del pedículo (cambios de situación, movimientos intestinales, crecimiento desigual). 2.º El desarrollo de las paredes abdominales y su distensión favorece la dislocación de las vísceras abdominales y por ende del tumor.

A consecuencia de la torsión del pedículo sobrevienen hemorragias intracísticas debidas a la ectasis y nutrición defectuosa del tejido del tumor, con necrosis subsiguiente.

SÍNTOMAS. — Cuadro peritonítico agudo y la interrupción extemporánea del embarazo en el 17 por 100 de los casos.

CONDUCTA A SEGUIR. — Ante el cuadro agudo, debe laparotomizarse a la paciente extirpando el cistoma con las mismas precauciones, en los últimos períodos del embarazo, que las que dejamos apuntadas a propósito del íleo.

Dada la relativa frecuencia de la torsión de los cistomas ováricos en el embarazo, deben extirparse cuando se diagnostiquen, evitando de esta ma-

nera la posible aparición del cuadro agudo, siempre grave para la madre y el embarazo.

b) **Cáncer cervical y embarazo.** — Cuando en el curso del embarazo se diagnostica clínica e *histológicamente* un epiteloma cervical, el criterio a seguir es diferente según el estado evolutivo de la neoplasia y la época de la gestación,

Cuando la neoplasia está en un período operable y limitada, sin invasión parametral clínica y la gestación es de *menos de seis meses*, se practicará una histerectomía ampliada de Wertheim prescindiendo del embarazo y con la esperanza de *prestar todavía* un beneficio inigualable a la madre. Si el embarazo es de séptimo mes o más, se practicará el mismo tratamiento, previa sección cesárea liberadora del feto.

En los casos en que la neoplasia rebasa los límites de operabilidad (difusión parametral y órganos vecinos), es mejor cuando el embarazo es de sexto o séptimo mes, dejarlo evolucionar hasta que la viabilidad nos permita una sección cesárea para extraer vivo el feto y dejar las lesiones maternas para que evolucionen hacia su fin fatal, paliadas por aplicaciones de radio o radiumterápicas *post partum*.

No aplicaremos *nunca* el rádium en casos en que se presuma que el feto puede llegar a término. La acción de las radiaciones sobre el plasma celular de los tejidos fetales es un hecho por hoy desconocido y no existe de manera inconcusa medio de evitar que las radiaciones que actúan sobre la célula neoplásica no actúen también sobre la célula joven del cuerpo fetal o sus anexos.

c) **Miomas.** — Por la acción del embarazo, los miomas pueden sufrir transformaciones que repercuten a la vez en perjuicio de la gestación. Los principales hechos mencionables son la *torsión* de los subserosos y la *degeneración* de los subserosos e intersticiales, con *necrosis* eventual de los mismos.

Respecto a la torsión, nada diremos, pues debiéramos repetir en un todo (patogenia, síntomas y tratamiento) lo que escrito queda a propósito de los cistomas ováricos.

DEGENERACIÓN. — Es debida al trastorno nutritivo que determinan los acodamientos y pellizcamientos de los pequeños vasos de paredes delgadas que nutren el tumor causados por los desplazamientos de la pared uterina con respecto al tumor por virtud del embarazo. Ello da lugar a trombosis y dilataciones vasculares con focos hemorrágicos.

Subsiguientemente, en los focos necróticos, puede aparecer la infección.

Los *síntomas* son aparatosos, dolor localizado en el foco tumoral, manifestaciones tóxicas, fiebre.

El *diagnóstico* se establece siempre fácilmente si se conocía de antemano la existencia de un fibroma (subseroso o intersticial) y se piensa en la posibilidad de tal contingencia, pero es muy difícil cuando se desconoce la existencia anterior de la neoplasia y no pensamos relacionar el cuadro con su posible degeneración.

Ante el cuadro tóxico, doloroso y febril y los síntomas de abdomen agudo, no importa mucho que hayamos establecido previamente el diagnóstico, ya que el tratamiento es el mismo: laparotomía exploradora.

Cuando el embarazo esté muy avanzado, no debe aprovecharse la celiotomía para abrir la cavidad uterina y extraer el feto: la septicidad del foco que removemos podría conducir a resultados fatales.

En tales casos, después de la laparotomía se practicará una evacuación extemporánea a lo Delmás, por vía baja, y así con ello sorteamos el peligro de un parto antes de que la cicatriz laparotómica tenga la solidez necesaria para resistir el esfuerzo.

d) **Gonococia.** — La gonococia contraída durante el embarazo no requiere un tratamiento especial y diferente del que se sigue ordinariamente y está expuesto en todos los tratados de ginecología.

Merece, sin embargo, mención en este capítulo, porque representa una urgencia médica en el sentido de que requiere una *terapéutica pronta* a fin de evitar el ascenso de la infección en el momento del puerperio con la consiguiente posible consecuencia de la esterilidad de un niño de que hablan los autores alemanes.

Hidramnios. — *Es el exceso de líquido amniótico, considerando como normal la cantidad oscilante de 900 a 1.500 gramos.* Hay dos tipos según su evolución: el agudo y el crónico.

Patogenia. — Varios son los factores que intervienen en la formación del líquido amniótico, por lo que son también múltiples los hechos que intervendrán en la constitución del hidramnios.

En la génesis del líquido amniótico intervienen: a) la trasudación de los vasos fetales; b) las secreciones fetales (orina); c) secreción activa del epitelio amniótico; d) trasudación de los vasos placentarios. El líquido amniótico es deglutido y absorbido por el feto, en pequeña cantidad.

Cualquier alteración circulatoria (materna o fetal), como un aumento de la secreción de orina del feto, disminución de la deglución por malforma-

ciones congénitas, así como enfermedades generales (sífilis, nefritis) que alteran la capacidad secretoria del epitelio amniótico, pueden originar el hidramnios.

De las dos formas clínicas, *aguda* y *crónica*, sólo nos interesa aquí la consideración de la primera. La forma crónica es raramente una urgencia en el curso del embarazo. La urgencia causada por ella surge en todo caso en el curso del parto, por lo que dejamos para otro lugar su estudio.

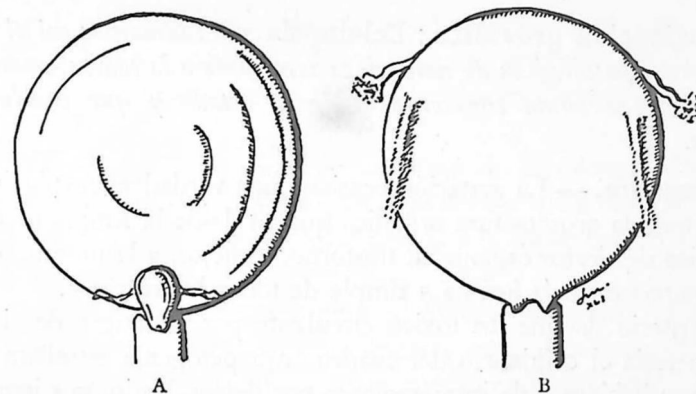


FIG. 2. — A. Enorme cistoma ovárico con útero pequeño. El cuello uterino conserva la forma y dimensiones normales y no está elevado. No se palpan los ligamentos redondos. — B. Hidramnios. Cuello alto, semiabierto. Se palpan a los lados del tumor los ligamentos redondos.

FORMA AGUDA. — *Síntomas y diagnóstico.* — Se desarrolla, las más de las veces, pasado el cuarto o quinto mes. El abdomen adquiere un perímetro mucho mayor que el que corresponde a un útero de término. Al percudir sobre el abdomen se percibe una fluctuación de pequeña onda, y no se perciben más que débilmente los tonos cardíacos del feto; las pequeñas partes fetales parecen a la palpación témpanos de hielo flotando en el agua que se alejan al contacto.

Cuando la distensión del abdomen es muy intensa, aparecen síntomas generales, *dolores neurálgicos en los lomos*, *edemas de las extremidades inferiores*, *disnea creciente* por disminución de la cavidad torácica a causa del ascenso diafragmático, *agobio circulatorio* por luxación cardíaca con sus principales vasos.

La confusión con un enorme quiste de ovario no es fácil si nos fijamos en dos datos: 1.º, el hocico de tenca está en situación elevada, laxo y permeable para un dedo; y 2.º, el curso de los ligamentos redondos que tienen su fijación en el tumor (útero) es un buen dato para diagnosticar la existencia de un embarazo (fig. 2).

CONDUCTA A SEGUIR. — Ante este cuadro clínico alarmante, aparatoso y grave, no hay más que un recurso: la interrupción artificial del embarazo.

El método preferible es la punción de las membranas, procurando que el orificio sea pequeño y la salida del líquido lenta a fin de evitar una rápida descompresión y el consiguiente colapso.

SCHATZ aconsejó la punción uterina por vía suprapúbica para los casos de urgentísimo agobio y como medio paliativo inmediato.

Intoxicación gravídica: Eclampsia. — *Llamamos así al conjunto de fenómenos patológicos de naturaleza semejante a la tóxica, aparecidos en una embarazada como consecuencia de su estado y que conducen a la eclampsia.*

Patogenia. — La gestación ocasiona una verdadera revolución iconoclasta en toda la arquitectura orgánica que va desde la simple modificación volumétrica de ciertos órganos al trastorno, o mejor, a la modificación total de la arquitectura más íntima y simple de todos los sistemas.

El criterio de que un tóxico circulante por la sangre de ciertas embarazadas sería el originario del cuadro cuya patogenia estudiamos va pasando y hoy hablamos de intoxicaciones por desequilibrio, por inadaptación orgánica a ciertas modificaciones que muchas veces pueden ser y son perfectamente compatibles con una estricta normalidad.

Para sintetizar, pues no es nuestro objeto escribir mucho sobre patología, sino sobre indicaciones clínicas, enumeraremos exponiendo brevemente *algunas* de las principales modificaciones que el embarazo imprime al organismo, para que pueda verse la realidad de la revolución, que hemos calificado de iconoclasta, que representa la gestación en el plácido equilibrio orgánico normal.

Disionosis. — La proporción normal de los iones Na, Ca y K en el organismo es de 100:2:2. Esta se altera inicialmente por la baja de Ca y secundariamente a la hipercloruria y cloropenia. Al alterarse la proporción iónica sobreviene una alteración coloidal que viene exagerada por la disminución de la reserva alcalina, hecho también constante en el embarazo.

Discoloidosis. — El cuadro coloidal hemático normal de albúmina, globulina y fibrinógeno, que es de 20:12:1, se desvía en el embarazo hacia la izquierda, mengua la albúmina (hidrófila) y aumenta proporcionalmente la globulina y el fibrinógeno (hidrófobos). Ello da una mayor tendencia a la imbibición celular, una mayor coagulabilidad de la sangre y un aumento de la velocidad de sedimentación de los hematíes.

Dishormonosis. — Hipertrofia e hiperactividad tiroidea (metabolismo exagerado), por lo que resultan mayor cantidad de productos de catabolismo incompleto debido a su rapidez. Hiperactividad hipofisaria. Hipoactividad paratiroidea (baja de Ca, tendencia espasmofílica). Hiperactividad capsular suprarrenal (hipercolesterolemia) e hipoactividad de la medular (pigmentaciones).

Disretículoendoteliosis. — Deficiencia del retículo endotelial normal (mayor fragilidad capilar, degeneraciones en los endotelios vasculares del hígado, pulmón y riñón). Aparición de un sistema retículoendotelial local genital representado por las células deciduales y ampliación de la red vascular genital.

Por si fuese esto poco, hay un aumento de la excitabilidad vagal y una extraordinaria labilidad del sistema vasomotor y un aumento considerable de la normal destrucción celular debida a la hiperfunción a que están sometidos muchos órganos.

De toda esta suerte de trastornos *se libra como puede el organismo* (forzando actividades funcionales orgánicas y mecanismos de defensa, por eliminación y neutralización) hasta el momento en que la intensidad de la función de ciertos órganos se colapsa. Al factor endotóxico que de ello resulta viene a añadirse el exotóxico del anabolismo alimenticio incompleto. Al no efectuarse en condiciones óptimas por la sobrecarga funcional y trabajo con mayores dificultades, las funciones digestivas se alteran y productos mal digeridos en el sentido químico, no eliminados completamente, pasan a la sangre. De los dos hechos, endotóxico y exotóxico, viene la intoxicación gravídica y la eclampsia.

SÍNTOMAS. — Prescindiremos de los síntomas toxigrávidos aislados, que pueden aparecer en todos los sistemas y aparatos de la economía, por no interesarnos en un Manual de urgencias, y estudiaremos sólo la intoxicación gravídica del último trimestre, que conduce a la eclampsia.

No produce ningún síntoma patognomónico; lo característico es la ocurrencia conjunta de todos o varios de ellos: *Cefalalgia frontal gravitativa, hipertensión arterial, insomnio, fotopsia, parestesias y calambres, dolor epigástrico, zumbidos de oídos, oliguria, albuminuria y edemas.*

La aparición aislada de uno de estos síntomas, aunque sea muy intenso, tiene menos valor que la aparición simultánea y conjunta de varios de ellos, aunque sean de menor intensidad. De manera inopinada surge tras de ellos la eclampsia.

CONDUCTA A SEGUIR. — La intoxicación gravídica es una evidente urgencia obstétrica y requiere una intervención inmediata de tipo desintoxicante.

Régimen vegetal, frutas e hidratos de carbono. Reposo en cama y aislamiento para evitar choques psíquicos perjudiciales. Suero Rintgen, glucosado hipertónico, sangría masiva de 600 a 800 centímetros cúbicos (cuando hay hipertensión), administración de cal por su acción gelificadora coloidal e impermeabilizadora celular, administración de alcalinos cuando se presume una disminución del pH sanguíneo. Purgantes drásticos derivativos.

En cuanto a la eclampsia, epílogo de algunos casos de intoxicación gravídica, reservamos su estudio al capítulo siguiente por considerarla como una urgencia obstétrica del parto.

CAPITULO II

LA URGENCIA EN EL PARTO

Distocia. — (De *dis* = mal y *tokos* = parto). *Consiste en la dificultad u obstáculo surgidos en curso de parto, que impide a éste evolucionar normalmente.*

Por definición, toda distocia es una *urgencia* en el sentido de reclamar una *intervención* del arte, pero de esto a quererlas resolver *todas* quirúrgicamente hay una gran distancia.

Los principios que quedaron sentados en la introducción tienen precisamente en el capítulo que emprendemos su más estricta y exacta aplicación.

Entendemos por urgencia, necesidad de intervenir ayudando a la naturaleza, corrigiendo sus desvíos, encauzando sus esfuerzos; *nunca jamás terminación forzada y antinatural del parto.*

La urgencia en el parto viene forzosamente impuesta por uno o varios de los tres únicos factores que pueden determinarla: *fetal, materno y anxial.*

Factores fetales. — La verdadera urgencia impuesta por el feto sólo surge cuando éste está pasando por un peligro vital. Cuando el feto se halla en tales condiciones, se habla de *sufrimiento fetal.*

PATOGENIA. — Mientras la integridad de las aguas ofrece al ser intrauterino un albergue hermético, el feto *raramente sufre.* Las contracciones uterinas, con ser potentes, lléganle atenuadas gracias a la capa líquida que lo rodea (ley de Pascal) y no le ocasionan, por otra parte, trastornos en la hematosi debido a que actúan con intermitencia.

Rota la bolsa de las aguas y evacuadas éstas, las condiciones son muy otras y las posibilidades de sufrimiento fetal aumentan.

La retracción uterina, actuando directamente sobre el feto (sin capa líquida intermedia), puede ocasionar compresiones sobre una zona vital del

mismo (cabeza, cordón), y las contracciones pueden impulsar estas zonas vitales contra obstáculos del conducto del parto (estenosis ósea, tumores, etc.). Con ello, el feto sufre, se mueve desmesuradamente, tanto como se lo permite la amplitud de la cavidad uterina, y aumenta la venosidad de su sangre.

Por último, la duración excesiva de la contracción uterina, o su intervalo demasiado breve, trastorna la hematosi fetal por disminución de la zona de implantación placentaria y reducción de los espacios intervelllosos, de lo que resulta un aumento del CO_2 de su sangre.

El exceso del CO_2 fetal, actuando sobre el centro bulbar respiratorio, despierta movimientos en la jaula torácica (no son verdaderos movimientos respiratorios, sino solamente remedo de ellos), las pleuras se separan entre sí, originando una estasis pulmonar que obliga al corazón a un penoso trabajo que influye en la intensidad, frecuencia y ritmo de sus movimientos sistólicos. Simultáneamente sobreviene una relajación de esfínteres con aumento del peristaltismo intestinal y la consiguiente expulsión de meconio.

Las enfermedades e intoxicaciones maternas, con bolsa de las aguas entera, pueden conducir al sufrimiento fetal, pero este hecho no nos interesa por no referirse a una urgencia en curso de parto.

SÍNTOMAS. — Es preciso no fiarse de datos engañosos para diagnosticar el sufrimiento fetal intrauterino.

No debe concederse mucho valor a la expulsión intrauterina de meconio, para establecer el sufrimiento fetal. De una parte, no puede comprobarse este hecho hasta la ruptura de la bolsa y el feto puede sufrir con anterioridad, pasando inadvertido. Por otro lado, en las presentaciones cefálicas bien encajadas, las aguas posteriores, que son precisamente las teñidas de meconio, no aparecen hasta después de la salida del feto y es entonces, nacido ya, cuando nos enteramos de que sufrió en un momento dado del parto. El líquido amniótico teñido de meconio no demuestra, pues, un sufrimiento fetal *actual*. Si pasada la causa que lo ocasionó, el feto se rehizo, el meconio expulsado en el momento penoso persistirá teñiendo el líquido amniótico y puede engañar a un observador novel que ligeramente juzgue que el feto sufre porque aparece un líquido amniótico de color verde oscuro.

Al no poderse establecer una cronología de la expulsión intrauterina de meconio, este signo clínico deja de tener valor.

Las modificaciones de la *frecuencia, ritmo e intensidad* del latido fetal cardíaco tienen un gran valor en el diagnóstico del sufrimiento fetal. Estas modificaciones *persisten sólo durante el tiempo que sufre el feto* para

tornarse normales tan pronto cesa la causa patológica que originó el sufrimiento.

NUBIOLA⁸ insiste en el escaso valor que debemos dar a una sola de las cualidades modificadas del latido fetal y en la enorme importancia que tiene la concurrencia simultánea de dos o más de ellos. Concede también mi querido maestro mucho valor al dicrotismo del pulso fetal, síntoma, según él, malo y alarmante.

Establecido el diagnóstico de sufrimiento fetal, hay que proceder con diligente urgencia, aunque sin precipitación, a remediar la causa.

No es necesaria la precipitación, pues rara vez los fetos mueren súbitamente en curso de parto, sino que sufren algún tiempo antes de morir², y excepción hecha de los heredolúeticos y los prematuros, resisten lo suficiente para dar tiempo a investigar la causa del sufrimiento y paliarla o corregirla dejando quizá evolucionar normalmente el parto después.

CAUSAS. — Hemos dicho que con integridad de la bolsa de las aguas, el feto sufre más raramente que cuando ésta se ha roto. Sin embargo, las infecciones maternas y las intoxicaciones, alterando la placenta, pueden ser causas de sufrimiento fetal. También los nudos verdaderos del cordón, ocasionados por pasar el feto en sus movimientos intrauterinos a través de un asa del mismo que después puede apretarse y constituir un nudo, son causa de sufrimiento por asfixia (disminución del aporte sanguíneo). El desprendimiento parcial de la placenta y las alteraciones de la misma, ocasionando una disminución de la zona útil de implantación, conducen también por dishematosi al sufrimiento fetal. Con bolsa de las aguas rota, a estas causas se añade la acción uterina alterada dinámicamente (hiper-sistolia, hipertoniá, retracción), la cual actúa modificando el aporte sanguíneo materno fetal de forma cualitativa (dishematosi y carboxemia), y las compresiones del cordón procedente por la presentación.

CONDUCTA A SEGUIR. — No vamos a detallar aquí el tratamiento indicado en cada uno de los casos que hemos relatado como posibles de ocasionar el sufrimiento fetal en curso de parto, pues todos ellos, en su lugar correspondiente, serán objeto de un estudio detallado (distocias dinámicas, estenosis pelvianas, prociencia del cordón, desprendimiento parcial de la placenta normalmente inserta, enfermedades generales). Reseñaremos sólo el tratamiento inespecífico del sufrimiento fetal propuesto por THEODORIDES y aconsejado y seguido con estudio minucioso del mismo por PALACIOS COSTA y FALSÍA⁹.

Consiste en la administración de lobelina por inyección subcutánea a la madre (0,003 gramos), seguida de la inhalación de oxígeno puro o mezclado con CO₂.

Se funda el método en que el esfuerzo muscular del útero durante el parto aumenta la tasa de CO₂ de la sangre durante el período de dilatación. En el de expulsión, la carboxemia resultaría de las continuadas espiraciones y las poco intensas inspiraciones.

El exceso de CO₂ hemático materno altera la hematosi del feto, el cual, cuando las contracciones uterinas son muy intensas y frecuentes, presenta menor cantidad de sangre circulante por la expresión que aquéllas efectuaron sobre su cuerpo. La lobelina disminuye la tasa de CO₂ porque excita el centro respiratorio y el O₂ y el O coadyuvan al mismo hecho.

El método es bueno para dar tiempo a la búsqueda de la causa del sufrimiento, pero al no actuar sobre ésta, no conduce a nada. Cesados sus beneficiosos efectos temporales, vuelven las cosas a situarse como estaban si no se actúa de forma directa sobre la causa originaria.

Presentaciones distócicas. — Toda desviación en la actitud, presentación y posición del móvil fetal puede acarrear, en curso de parto, trastornos patológicos.

La vía del parto tiene una trayectoria unívoca y una constitución difícilmente modificable, siendo el feto más maleable y flexible en diversos sectores de su cuerpo, quien tiene que adaptarse a la forma preestablecida del continente para que su salida al exterior se verifique de manera fisiológica. Cuando esto no sucede, sea por la causa que sea, se habla de distocia por mala presentación fetal o sencillamente de *presentación distócica*.

Antes de entrar de lleno en el estudio de las presentaciones distócicas (transversa, nalgas, cara) debemos considerar, siquiera sea someramente, las desviaciones que en las rotaciones normales puede sufrir la presentación de vértice, con lo que puede ocasionar *verdaderas distocias de causa fetal con presentación de vértice*.

Idealmente puede considerarse la cabeza fetal como un ovoide unido al cuerpo por un tallo (el cuello), pero capaz de rodar con absoluta libertad alrededor de tres ejes: el *ánteroposterior*, el *transversal* y el *vertical*.

La rotación de la cabeza alrededor del eje ánteroposterior la inclina lateralmente, haciendo descender desigualmente un parietal más que el otro. La rotación alrededor del eje transversal inclina la cabeza hacia el tórax (flexión) o hacia el dorso (extensión), y la rotación alrededor del eje vertical dirige el occipucio hacia uno u otro hombro fetal (véanse figs. 3, I, II y III).

En circunstancias normales, la cabeza en la presentación de vértice debe rotar alrededor del eje transversal fuertemente para conseguir la flexión, y alrededor del eje vertical para llevar el occipucio debajo del pubis o del sacro. La

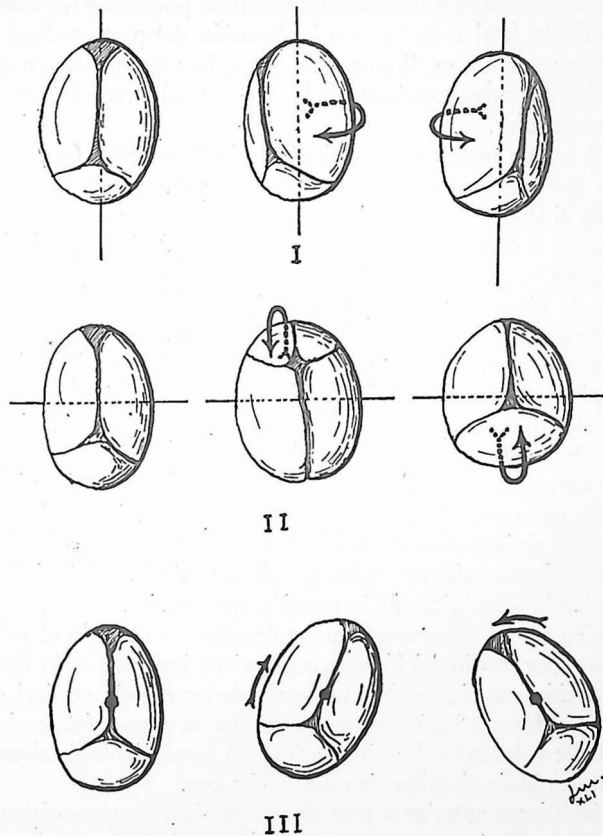


FIG. 3. — Rotación de la cabeza alrededor de tres ejes.

I. Rotación alrededor del eje ánteroposterior. La cabeza se inclina lateralmente haciendo descender un parietal más que el otro. — II. Rotación alrededor del eje transversal. Movimientos de flexión y extensión de la cabeza. — III. Rotación alrededor del eje vertical. Situación de la cabeza con el occipital dirigido hacia un hombro u otro.

rotación alrededor del eje ánteroposterior no es necesaria en los casos normales, penetrando la cabeza *sinclíticamente* en la excavación (los dos parietales a igual profundidad).

Cuando una de las referidas rotaciones no se realiza bien (ya sea por exceso o por defecto), sobreviene la distocia.

Siempre que en un parto de vértice, con pelvis normal (es decir, sin desproporción pelvifetal) y contracciones uterinas potentes y regulares, se presenta sufrimiento fetal o materno o la duración del parto se hace excesivamente larga sin que nos expliquemos la causa, hay que pensar en un defecto o exceso de las referidas rotaciones de la cabeza fetal alrededor de uno de los tres ejes enumerados.

El defecto de rotación alrededor del eje transversal (poca flexión) se diagnostica fácilmente por tacto, pues se encuentran ambas fontanelas con la misma facilidad.

El exceso o defecto de rotación alrededor del eje vertical es también fácil de reconocer, pues se tacta la fontanela menor en correspondencia con una eminencia iliopectínea, con una sínfisis sacroilíaca o con un acetábulo, en lugar de encontrarla dirigida al pubis o al sacro.

Por último la existencia de una rotación alrededor del eje ánteroposterior se despista por encontrar al tacto la sutura sagital excéntrica y aproximada, ora al pubis, ora al sacro (asinclitismos posterior y anterior respectivamente). En todos estos casos anormales es necesario intervenir, pero recomendamos abstenerse de toda precipitación. Algunas veces, las viciosas rotaciones de la cabeza son sólo tanteos de la misma con objeto de buscar el más amplio camino de ingreso en la pelvis. Sólo cuando convencidos de que con la espera no se logra más que prolongar el parto sin beneficio útil, intervendremos haciendo o deshaciendo la rotación que precise.

La flexión puede aumentarse manualmente rechazando el polo frontal hacia arriba o por medio del fórceps, como viene indicado en la figura 9.

La rotación excesiva o defectuosa alrededor del eje vertical se corrige o realiza con el fórceps haciendo una presa directa para el feto en la posición en que se halle y llevando el occipucio (por un movimiento de circunducción de los mangos) hacia el subpubis o hacia el sacro.

El asinclitismo anterior o posterior se corrige, ya manualmente, como aconsejaba Mme. LACHAPPELLE, enganchar con dos o tres dedos el parietal más alto y llevándolo fuertemente hacia abajo, ya aplicando una sola rama del fórceps sobre el parietal menos descendido y entonces, elevando el mango, hacer que la cuchara, actuando como palanca, descienda el parietal retenido.

PRESENTACIÓN TRANSVERSA. — *Si el eje longitudinal del feto no coincide con el homónimo uterino, sino que lo cruza, se habla de presentación transversa.*

Como la parte más declive del cuerpo fetal es el hombro, algunos autores las designan con este nombre. Nosotros creemos preferible la nomenclatura propuesta por BONET. En ella se enumera primero el lado (fosa ilíaca) materno que ocupa la cabeza del feto y después la situación del dorso (anterior o posterior).

CAUSAS. — a) *Feto pequeño.* — Al no poder ser afectado éste de manera duradera e intensa por la acción uterina, se coloca viciosamente. Análogamente actuaría el hidramnios (útero anormalmente grande con feto de tamaño normal). b) *Hipotonía uterina* (el útero, careciendo de tono, no podría adaptar el contenido a su forma normal). c) *Estenosis pelvianas.* No encontrando el ovoide fetal (cefálico o pelviano) espacio suficiente en la pelvis, se desvía lateralmente, originándose con ello una situación oblicua que tórñase transversal al impulsar el motor uterino al móvil para deshacerse del mismo. d) *Limitación del espacio ocupable en el segmento uterino inferior* que actuaría de manera semejante a las estenosis pelvianas. e) *Malformaciones uterinas* congénitas (útero bicorne, arqueado, bisepto) o adquiridas (miomas, operaciones antifetadoras uterinas antiguas). La alteración de los diámetros de la cavidad, por adaptación del contenido al continente cuando los diámetros transversales de este último son los predominantes, conduce a las presentaciones transversas. f) *Malformaciones fetales.*

DIAGNÓSTICO. — Siempre fácil. Por palpación se encuentra un útero alargado transversalmente y dos polos laterales, uno en cada fosa ilíaca. Por tacto, excavación vacía, y si hay dilatación, se tacta el hueco axilar y la parrilla costal.

CONDUCTA A SEGUIR. — La presentación transversa es «per se» siempre una urgencia en curso de parto. Para tomar una indicación apropiada al caso, averiguaremos ante todo el estado de la bolsa de las aguas.

Cuando la bolsa está rota y no hay dilatación, debe intentarse la versión externa con anestesia general, y si fracasa, dadas las óptimas condiciones del caso, cesárea segmentaria.

Cuando exista dilatación, aunque sólo sea iniciada, depende la indicación a tomar ante la urgencia del estado de encajamiento fetal y retracción uterina.

Si el feto no está encajado y el útero no retraído, tratándose de una múltipara, puede hacerse una versión interna con anestesia general y previa una inyección de espasmalgina. Cuando el feto está encajado o el útero retraído sobre el mismo, sólo hay dos caminos a seguir que no pon-

gan en peligro la vida de la madre por ruptura uterina: la cesárea y la brefestomía, impuestas una u otra por el estado del feto.

No debe esperarse *jamás* la evolución espontánea o el parto *duplicato corpore* de una presentación transversa. El mecanismo de estos hechos

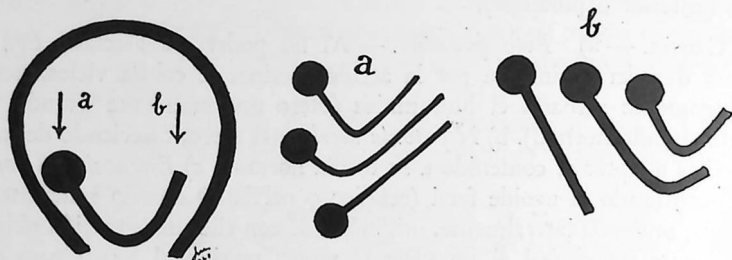


FIG. 4.—Evolución espontánea en la presentación transversa.

Si *a* desciende más que *b* se convierte en cefálica. Si *b* desciende más que *a* se instituyen unas nalgas. (Copiada de Auvard.)

posibles puede verse en las figuras 4 y 5, pero expone tanto la vida de la madre por rupturas uterinas, como la del feto (compresiones).

Con bolsa de aguas entera y sin dilatación, versión externa, previa anestesia general relajadora, y si fracasa, cesárea. Con bolsa de aguas entera



FIG. 5.—Mecanismo (esquemático) del parto *duplicato corpore*.

y dilatación, si se trata de una múltipara, método de Delmás y versión, previa rotura de la bolsa. Si se trata de una primípara, cesárea segmentaria.

PRESENTACIONES DE NALGAS. — Decía el Profesor FARGAS que son presentaciones que requieren mucha expectación y poca precipitación.

La presentación de nalgas en una pelvis capaz no es nunca motivo de urgencia, pero la que puede aparecer más tarde por otros factores añadidos al cuadro justifica que tratemos de las mismas en este apartado.

ANDERODIAS y PERCY¹⁰ y BRINDEAU y LANTEJOUL¹¹ han propuesto la cesárea en las nalgas recidivantes con feto grande, pelvis límite y fetos

muerdos anteriores. Se rechaza en absoluto la prueba del parto en las pelvis estrechas y presentación de nalgas por considerarla una absurda y peligrosa expectación que no conduce a nada bueno en el mejor de los casos.

No considerando las nalgas *per se* como una urgencia, es criterio nuestro no obstinarse en repetir versiones externas en una embarazada con presentación de nalgas. Si la dificultad para realizar la versión externa es muy grande o si las nalgas recidivan después de ella, abandonamos el caso por creer más perjudicial el enorme manoseo de una versión externa repetida varias veces (con los inconvenientes de toda maniobra ciega, circulares de cordón, nudos del mismo, etc.) que abandonar el feto a su acomodación natural.

DIAGNÓSTICO. — Por palpación se percibe un polo (cabeza) que pelota en el fondo uterino: las nalgas situadas en la parte inferior se distinguen de la cabeza por su consistencia y por no encontrar el surco o hachazo del cuello.

Los tonos cardíacos se perciben con un foco máximo supraumbilical. Por tacto, por la consistencia más blanda, ausencia de suturas y fontanelas, etc., se establece el diagnóstico de manera más precisa.

CONDUCTA A SEGUIR. — Hecho el diagnóstico de una presentación podálica, la *abstención es la regla* durante el período de dilatación. Terminada ésta, no debemos dejarnos llevar por la sugestión agradable de descender un pie para tirar de él. Las nalgas se encajan siempre bien, aunque lentamente. Sólo cuando en este tiempo aparece una hiposistolia uterina que alarga en demasía el parto, estará justificado tirar de las nalgas, prefiriendo las tracciones inguinales en las incompletas, al fórceps y el descenso del pie anterior en las completas.

Cuando las nalgas están en la parte baja de la excavación llegando su extremo al plano perineal y no ruedan, intervendremos verificando la rotación con el mismo proceder de prehensión que mentamos al hablar del descenso de las mismas.

Desprendidas las nalgas, surgen a veces un sin fin de urgencias que obligan a una inmediata intervención. El cordón umbilical puede ser comprimido entre los muslos del feto o estirado en demasía; los brazos del feto, elevándose, pueden impedir o retardar con el consiguiente peligro vital la salida de la cabeza, pudiendo ésta quedar retenida también por mala orientación o enfoque en el estrecho superior o falta de potencia uterina que la empuje.

Para evitar la compresión umbilical, una vez salidas las nalgas al exterior, se tira del cordón suavemente de manera que forme un asa; contra la elevación de los brazos se recomienda el masaje uterino cuando se han desprendido las nalgas a fin de que, contrayéndose el útero sobre el feto, sujete los brazos e impida su desplazamiento. Si a pesar de todo ello hubiese sucedido, se procede a la extracción manual de los mismos empezando por el posterior y procurando abarcar el brazo fetal en una gran extensión a fin de evitar fracturas y haciéndolo en dos tiempos: 1.º, aduc-

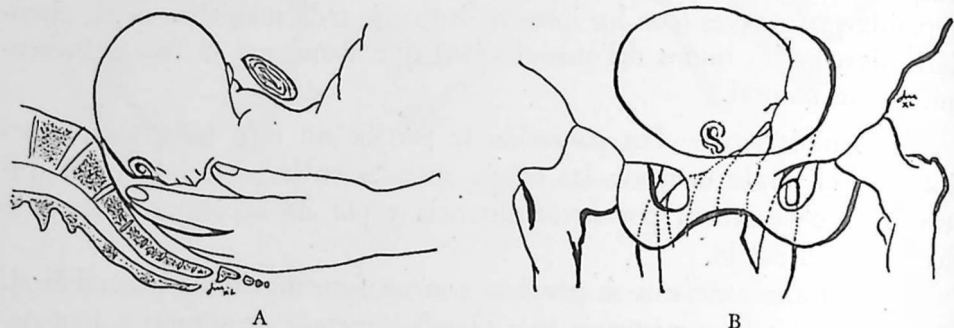


FIG. 6. — A. Desprendimiento del brazo posterior. Los dedos del operador abarcan una zona extensa del brazo. — B. Desprendimiento de un brazo. Primero se coloca en aducción.

ción, y 2.º, desprendimiento. *Nunca debe desprenderse un brazo que esté en abducción* (fig. 6).

Por fin, en la última contingencia o sea la retención de la cabeza última, intervendremos practicando la maniobra de Mauriceau o aplicando el fórceps. La más grave complicación puede surgir en la retención de la cabeza última al sobrevenir una rotación sacra occipital de la misma. Si a pesar de la rotación sacra, la cabeza está flexionada (fig. 7), el parto de la misma puede aún ser posible por las fuerzas naturales, con la simple tracción del tronco hacia arriba o con una aplicación de fórceps; pero si está deflexionada (fig. 7), el diámetro occípitomentoniano no es admitido por el estrecho inferior. Debemos entonces dirigir nuestros esfuerzos a reintroducir la cabeza en la pelvis y flexionándola hacerla evolucionar hacia un oblicuo (con el dedo metido en la boca fetal).

De no ser posibles las maniobras mentadas, no queda otro recurso que la punción lumbar del feto recomendada por COSTA. Según este autor, la sustracción de líquido céfalo-raquídeo, que resultaría inocua, reduce las dimensiones de la cabeza y hace posible su evolución.

PRESENTACIONES DE CARA. — Hoy dejamos casi siempre actuar a las fuerzas naturales en las presentaciones de cara. Si no hay peligro materno,

consideramos que el feto sufre menos en un parto natural de cara que en una extracción. La urgencia y la consiguiente indicación de intervenir deben proceder por lo tanto del lado materno (compresiones continuadas por el atascamiento, desgarros, roturas uterinas por distensión o retracción, etc.).

DIAGNÓSTICO. — Por exploración externa se distingue del vértice porque los tonos cardíacos del feto se perciben con mayor claridad en la parte abdominal del mismo. Como la columna vertebral está en extensión, la

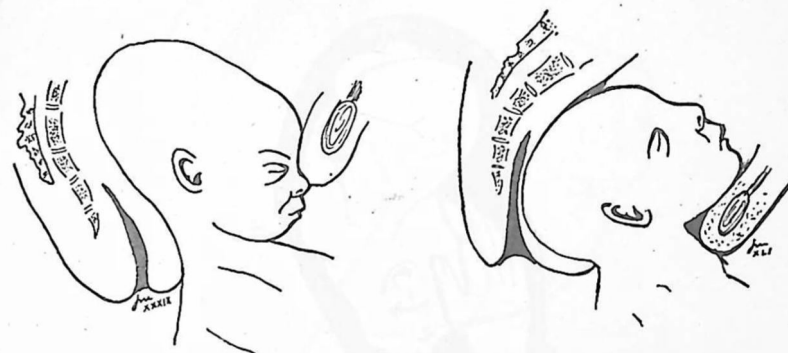


FIG. 7. — Rotación sacra occipital de la cabeza última en sus dos posibilidades de flexión y extensión. En la figura de la izquierda (flexión) se comprende la posibilidad de su salida espontánea o simplemente ayudada por la tracción del tronco fetal hacia arriba (se exagera la flexión). En la figura de la derecha (deflexionada) se ve cómo el diámetro occípitomentoniano no puede desprenderse ni naturalmente ni por tracción por cuerpo fetal en ninguna dirección (exageraríamos la extensión).

superficie anterior del tórax fetal está comprimida contra la parte correspondiente del abdomen de la madre, y por lo tanto en este punto se perciben con especial claridad los tonos cardíacos. Este solo dato debe hacer presumir *siempre* una presentación de cara (fig. 8). Por exploración interna, si la presentación no está muy alta, se perciben detalles inconfundibles (boca, nariz, sutura frontal, ojos) de la misma.

CAUSAS. — Defectos fetales como bocio, que impide la flexión, dolicocefalia, tumores fetales pelvianos o raquídeos que obligan a una extensión de la columna vertebral, factores maternos, estrechez pelviana, vientre péndulo, distensión uterina por hidramnios, etc.

CONDUCTA A SEGUIR. — La expectación se impone cuando no hay dilatación. De todas formas, si el diagnóstico se ha establecido de forma cierta, intentaremos la reducción por la maniobra de Schatz (fig. 8), que intenta deshacer la extensión de la columna vertebral fetal empujando por encima del abdomen las nalgas y la región torácica fetal en sentido opuesto y simultáneo.

Con dilatación entera y bolsa de las aguas íntegra, si se trata de una primípara, maniobra de Torn (fig. 8), que es la combinación de la descrita maniobra de Schatz y la flexión de la cabeza por presa y tracción occipital de la misma con una mano introducida en el útero (BAUDELOCQUE). En las multíparas es preferible la versión interna seguida de extracción.

También puede intentarse con el fórceps la flexión de la cara (figura 9). Aplicando las cucharas por detrás del plano biauriculobregmático



FIG. 8. — Conversión de la presentación de cara en vértice.

1. Sentido de la presión interna ejercida sobre el occipucio (maniobra de Baudelocque). — 1 y 2. Sentido de las presiones externas, opuestas y simultáneas (maniobra de Schatz). — 1, 2 y 3. Sentido de las presiones mixtas, interna y externas simultáneas (maniobra de Torn).

(cabeza gris de la figura) y traccionando, se establece la flexión (cabeza en blanco) al tiempo que las cucharas resbalan de *b* a *b'*. Esta presa no es sólida para la extracción, por lo que debe hacerse una nueva presa. La extracción de la cara con el fórceps debe retardarse todo lo posible y solamente recurrir a ello cuando la duración excesiva del parto aumente los peligros maternos y no podamos recurrir a otros medios de extracción. En general el fórceps coge mal las mejillas del feto y se escapa o las gemelas del mismo lastiman y lesionan la cara y los bocados oprimen demasiado los órganos del cuello y le pueden ocasionar la muerte.

Cuando abandonamos una presentación de cara a su evolución natural, hay que vigilar que la rotación no se efectúe viciosamente dando lugar a una mentosacra. Si tal hecho ocurriera, hay que intervenir con urgencia verificando la corrección de la rotación viciosa por medio de la maniobra de Mme. Lachapelle. Esta consiste en introducir uno o dos dedos en la

boca fetal y al sobrevenir una contracción uterina, aprovechando su duración, hacer rotar el mentón hacia delante.

Respecto a la conducta a seguir en las presentaciones de frente, nada tenemos que añadir, después de lo que anteriormente hemos apuntado, en cuanto se refiere a la presentación de cara. El criterio debe ser el mismo en todo.

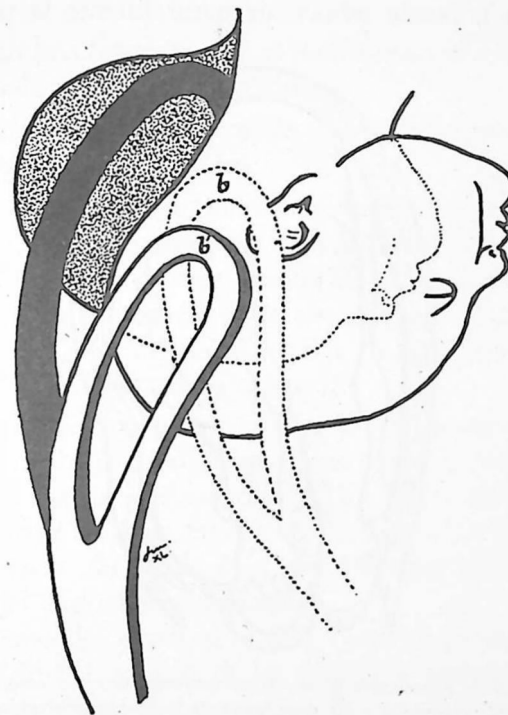


FIG. 9. — Flexión de la cabeza con el fórceps.

Aplicando las cucharas por detrás del diámetro biauriculobregmático se establece la flexión al traccionar. Las cucharas resbalan y de *b* se colocan en *b'*. (Copia de FARABOEUF.)

Procidencias. — Es la aparición conjunta con la presentación en el área pelviana ocupada por la misma de pequeñas partes fetales que no corresponden a ella.

Es un hecho corriente en muchas especies animales debido al exiguo volumen cefálico. En la especie humana la cabeza ha adquirido un desarrollo tal que únicamente sola, y por roce, puede sortear el angosto camino que se le ofrece para salir al exterior. Los casos de procidencias múltiples son raros (fig. 10).

CAUSAS. — La actitud fisiológica de flexión de las extremidades mantenida de manera activa por el feto durante el curso del embarazo se conserva

durante el parto por el hecho de que el segmento uterino inferior se amolda firmemente a la presentación fetal e impide el deslizamiento simultáneo a ella de las extremidades. Si falta una adaptación íntima del segmento inferior a la presentación (hidramnios, feto pequeño, útero amplio y flácido), si la presentación no se introduce en la excavación (estenosis pelviana, presentaciones viciosas), puede sobrevenir naturalmente la procidencia.



FIG. 10. — Caso personal de procidencia de las cuatro extremidades y el cordón. Resuelto por versión podálica sobre feto muerto practicada a las doce horas de instituída la pluriprocidencia. Se trataba de una sextípara, con feto pequeño, útero hipotónico y probablemente hidroamniótico.

Antes de romperse la bolsa no son urgencias, ni siquiera procidencias. Cuando a través de la misma se tacten, debe procurarse que la salida de las aguas sea lo menos rápida y tumultuosa posible a fin de evitar que el líquido en su salida las instituya. Se logra ello colocando a la paciente en posición de Trendelenburg al hacer la punción de la bolsa de las aguas, ocluyendo parcialmente la vulva por compresión bidigital de los labios, etc.

Cuando la bolsa se ha roto, y la procidencia se instituyó, tampoco hay motivo de intervenir por este hecho exclusivamente.

Se intentará la reposición manual de la procidencia, y si no se logra, se esperará para ver si el progreso del parto, haciendo avanzar la presentación más que todo, deshace, por decirlo así, la procidencia.

Adquirido el convencimiento de que la excesiva duración del parto se debe precisamente a la procidencia, y tenga que terminarse éste por algún motivo, elegiremos el fórceps o la versión según el grado de penetración del polo cefálico en la excavación, teniendo cuidado, si se aplica el fórceps, de no hacer presa, junto con la presentación, de la parte fetal procidente.

Malformaciones fetales. — Las malformaciones fetales actúan como causas distócicas sólo por exceso de volumen.

HIDROCEFALÍA. — *Es el exceso de volumen cefálico fetal, por acumulación de líquido céfalorraquídeo.*

PATOGENIA. — La causa fundamental se desconoce por hoy. En una parte de los casos, hay que tener en cuenta la sífilis. Sea por lo que sea, hay un exceso en la producción de líquido céfalorraquídeo o una dificultad en su desagüe. Como consecuencia de ello se origina una gran acumulación de líquido en los ventrículos laterales (hidrocéfalo interno) o en el espacio subaracnoideo (hidrocéfalo externo).

SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO. — Durante el embarazo es difícil el diagnóstico, pasando inadvertido si es poco intenso o confundiendo con el hidramnios los de mayor intensidad. Hay un signo diferencial con el hidramnios al que no se ha dado mucha difusión, y es sin embargo precioso: *la percepción perfecta del latido fetal con síntomas de hidramnios* (volumen exagerado del abdomen, fluctuación).

En el momento del parto, si el feto viene en presentación de vértice (cosa rara), la enorme distensión de las suturas y fontanelas, que aparecen tensas y abiertas, establece el diagnóstico. En las presentaciones podálicas, la percepción en el fondo uterino de una enorme tumoración que lo distingue debe hacerlo sospechar.

CONDUCTA A SEGUIR. — Cuando la hidrocefalía es considerable, el parto se detiene, pues el feto no progresa a causa del excesivo volumen de su cabeza y puede surgir en un momento dado una complicación seria que obligue a intervenir urgentemente. La enorme distensión provocada en el segmento inferior por la cabeza última en los casos en que, presentándose el feto de nalgas, queda la cabeza retenida, da lugar en muchas ocasiones a rasgaduras uterinas, desgastes parietales por compresión y ulteriormente a la formación secundaria de fístulas cérvicovaginales.

No es racional en tales casos aplicar el fórceps sobre la cabeza última ni hacer desesperadas tentativas con la maniobra de Mauriceau. Lo lógico es vaciar la cabeza del líquido a través de un trocar clavado en el raquis,

y una vez disminuído el volumen de la cabeza, ésta evolucionará fácilmente y sin riesgo de rasgaduras segmentarias.

En los casos raros en que el hidrocéfalo se presente de vértice, tampoco debe aconsejarse el fórceps (porque escapa) ni la versión (porque moviliza la enorme cabeza y expone a desgarros). La indicación es la punción cefálica en una fontanela, y vaciada la cabeza del líquido excesivo, se procederá a la extracción con fórceps.

Los pequeños grados de hidrocefalia pueden evolucionar espontáneamente, por lo que en ellos la perforación craneal no se practicará hasta que tengamos el convencimiento clínico de que la desproporción pelvifetal no es sorteable.

TRASTORNOS DEL PARTO POR VOLUMEN EXCESIVO DEL ABDOMEN DEL FETO. — Comprende la ascitis y los tumores quísticos o sólidos.

ASCITIS. — Casi siempre coincide con malformaciones fetales (ausencia del conducto venoso de Arancio, etc.). La sífilis en la madre puede demostrarse en múltiples casos.

TUMORES QUÍSTICOS O SÓLIDOS. — Los tumores quísticos corresponden generalmente al aparato urinario fetal (riñones quísticos, distensión y repleción anormales de la vejiga urinaria) y los sólidos son tumores esplénicos e intestinales.

El exceso de volumen abdominal del feto hace que éste se adapte a la forma uterina, presentándose por el polo cefálico.

El parto evoluciona en sus comienzos normalmente, pero desprendida la cabeza, el anillo óseo que constituye el estrecho superior detiene el paso del enorme abdomen y el parto no progresa.

DIAGNÓSTICO. — Se establece fácilmente introduciendo profundamente una mano en los genitales y comprobando una masa enorme intrauterina con la mano externa.

CONDUCTA A SEGUIR. — No puede el caso abandonarse a sí mismo (peligro de infección y de rotura uterina, previa contractura). Tampoco pueden ni deben hacerse tracciones sobre la cabeza y cuello (peligro de desgarro del segmento inferior). Lo que debe hacerse es puncionar el abdomen (en los tumores quísticos) con un trocar y entonces la terminación del parto será casi instantánea. En los tumores sólidos (mucho más raros) no queda otro recurso que la brefostomía (evisceración).

Otros tumores fetales pueden ser causa de distocia cuando asientan en el cuello o en la región coccígea. La conducta a seguir en ellos será la

de resolver el caso por brefostomía. *Nunca un tumor o malformación fetal justifica una cesárea o una pelvitomía.*

MONSTRUOS DOBLES. — Si el cuerpo de los gemelos aparece soldado en una extensión mayor o menor, las dificultades para la evolución normal del parto pueden ser enormes y requerir la urgente intervención para terminarlo de forma operatoria.

Las soldaduras fetales *laterales*, por aumentar los diámetros transversos principalmente del cuerpo fetal, son con mucho más desagradables y peligrosas que las uniones por la cabeza o por las nalgas, que en lo esencial aumentan tan sólo la longitud de las partes que han de atravesar el conducto del parto.

Cuando el parto se detiene y se establece el diagnóstico del hecho por tacto, no queda otro recurso que la brefostomía, procurando, si el puente de unión de los dos fetos es breve, dirigir precisamente allí nuestra acción cortante. Si esto se lograra, nos encontraríamos ante un sencillo caso gemelar y se resuelve como tal sin necesidad de recurrir a grandes destrozos fetales, siempre repugnante y desagradable.

Parto gemelar. — Amén del sinfín de urgencias a que puede dar lugar el parto gemelar (presentaciones viciosas, hidramnios y por ende procidencias, hiperdistensión uterina, etc, etc.) que no merecen mención especial a causa de su inespecificidad, hay una contingencia posible, siempre urgente, y directamente dimanada de la coexistencia de dos fetos en el útero; nos referimos al *enganchamiento* de los mismos debido a la simultánea penetración de ambos en la excavación, no siendo ésta muy amplia en relación al tamaño fetal (fetos grandes, pelvis justa).

Esta contingencia tiene dos posibilidades que esquematizamos en la figura 11; bien el primer feto que viene de nalgas sale sin dificultad hasta la cabeza y entonces ésta (debido a que el segundo feto, que se presenta de vértice, ha penetrado prematuramente en la excavación) viene a ocupar el hueco del cuello del segundo, y se atasca, o los dos fetos presentados de vértice penetran también simultáneamente en la excavación y es el segundo el que, avanzando más de lo preciso, alcanza el hueco del cuello del primero, no desprendido aún, y se enclavan. El diagnóstico se establece sólo por tacto profundo y la conducta a seguir es la intervención rápida, pues detenido el parto, las contracciones uterinas, ineficaces para vencer el obstáculo, arrecian en intensidad y frecuencia, logrando sólo hiperdistender el segmento inferior y exponen a la ruptura uterina.

Raras veces acaece una espontánea resolución del hecho que no aconsejamos esperar por los peligros de rotura segmentaria que entraña.

Fracasada la tentativa de reposición o rechazamiento de la parte fetal causante del atascamiento, hecho muy frecuente a causa de que la limitación del espacio que originó la distocia impide maniobrar, no queda otro recurso que la brefoestomía (perforación del cráneo de uno de los fetos) sobre el feto asequible con mayor facilidad.



FIG. 11. — Enclavamiento de los gemelos en el momento del parto. Las dos posibilidades más frecuentes, dentro de la rareza del hecho.

a, el primer feto viene de nalgas y su cabeza última queda retenida al alojarse en el hueco del cuello del segundo feto, que se presenta de vértice y descendió prematuramente a la excavación; *b*, los dos fetos vienen de vértice y antes de que el primer feto haya descendido del todo, el segundo lo hace prematuramente enclavándose en el hueco del cuello del primero al que impide el progreso.

Factores maternos. — El parto, conjunto de fenómenos fisiológicos, produce un sin fin de modificaciones funcionales en el organismo femenino y precisa no tenga éste una excesiva duración o no se acompañe de cortejos extraños, a fin de no ocasionar perjuicios irreparables producidos por actuar una causa determinada, normal o no, más del tiempo límite que permite la ductilidad extrema del organismo de la mujer.

El sufrimiento físico o dolor, que acompaña al parto como estigma de Jehová a las descendientes de Eva, no es motivo de valoración por parte del médico en el sentido de indicar conductas a seguir (fuera de la humana analgesia que debemos moralmente defender siempre).

La indicación surge cuando cualquiera de los fenómenos fisiológicos se desvía en un sentido u otro (duración, exigüidad, intensidad, etc.) o aparecen fenómenos nuevos de cariz francamente patológico.

En este instante hablamos de sufrimiento materno en curso de parto; la urgencia existe y precisa una indicación.

Sufrimiento materno. — Un primer *peligro del trabajo del parto* está ocasionado por su excesiva duración; la mujer, agotada, manifiesta una exaltación de carácter diverso, se agita, estira las facciones, el pulso se acelera (120), aparecen náuseas, vómitos, hipo, la cara se cubre de sudor frío y los dolores o cesan del todo por cansancio del músculo uterino o adquieren una intensidad y ritmo insuficientes para la misión que deben desempeñar.

Si la bolsa se ha roto, el útero se adapta al feto, el fruncimiento de sus paredes altera la irrigación de los senos placentarios, el recambio materno fetal queda dificultado y el feto es amenazado de asfixia.

En tales casos la duración excesiva del parto hace surgir la urgencia y está indicado intervenir, tanto en beneficio de la madre como del feto.

Algo análogo podría decirse del *segundo peligro* que para la mujer puede representar el parto: la *enorme compresión ejercida por la presentación* bien sobre el cuello uterino, bien sobre la vejiga, compresión que mortifica los tejidos y ocasiona escaras que al eliminarse dan lugar a fístulas. El peligro de estas lesiones depende más que de la intensidad compresora ejercida por la presentación sobre los tejidos maternos, de la continuidad y duración de este hecho.

En este caso los dolores en la región suprapúbica, tornándose fulgurantes, se exacerban a la menor presión, aparece edema vulvar con cordones venosos rellenos de sangre que al estallar dan lugar a hematomas sobre los contornos vulvares. La mujer se deprime por el excesivo dolor y el tocólogo debe en este caso intervenir ante la urgencia, apresurando el parto por los medios más convenientes.

A este respecto recordemos que si está indicado el fórceps, no debe desecharse por miedo a aumentar la compresión sobre los tejidos maternos que tememos se mortifiquen. La intervención es lo suficientemente rápida para ser beneficiosa comparada con la sostenida isquemia de presión ejercida por la presentación encallada.

La *fiebre* es un tercer peligro si sobrepasa los límites de las décimas posibles en un trabajo laborioso y que deben considerarse como normales.

Si la bolsa está entera, la infección ovular no es posible, pero si el saco está roto desde hace varias horas, la aparición de fiebre es siempre una complicación que puede ser tan grave para la madre como para el feto.

La aparición del escalofrío, la rápida elevación térmica, la taquicardia, revelarán la penetración de gérmenes patógenos en la cavidad ovular e indicarán la urgente evacuación fetal por el método menos traumatizante (que abra menos heridas).

Un sinfín más de peligros amenazan a la madre en curso de parto y hacen necesaria nuestra intervención de urgencia (hemorragias, ruptura uterina, eclampsia, etc.).

Para facilitar nuestra labor clínica, llamaremos a estos peligros, que conducen a graves trastornos de la parturienta, *urgencias y distocias de origen materno*, y pasaremos revista a las principales, indicando el camino que frente a las mismas debemos tomar.

Distocias dinámicas. — Como su nombre indica, son distocias debidas a trastornos en la dinámica del parto, y como la fuerza motriz del mismo son las contracciones uterinas, cualquier trastorno de las mismas, en cantidad o calidad, repercutirá en el curso del parto alterándolo.

Las distocias dinámicas han sido profusamente estudiadas, quizá en demasía, y como consecuencia de ello se tiene un criterio poco claro de las mismas y no se puntualiza de manera rotunda una indicación terapéutica adecuada, que es lo que en último término interesa.

PATOGENIA. — En el músculo uterino hemos de considerar dos estados dinámicos: *el estado permanente o habitual que es el tono, y la contracción, estado eventual o clonos*. La primera de estas cualidades de la fibra muscular o *tono* depende del *sarcoplasma*, y la segunda o *clonos* de la *estriación*.

En el músculo uterino, término medio entre la fibra lisa y la estriada, el predominio de una u otra función muscular dependerá de la relación *sarcoplasma-estriación*, variable según los casos.

Esta relación evoluciona con el tiempo en una misma mujer en el sentido de un aumento de la estriación paralelo a la pluriparidad, por lo que variará también la relación *tónico-clónica* de esta víscera de un parto a otro.

La hipotonía uterina (flaccidez) con una función clónica hiperactiva (parto rápido) de la múltipara contrastan con la hipertonía (útero duro) e hipoclonía (mayor duración del parto) de la primípara.

Tomando del profesor DEMELIN la palabra *sístole* para designar la actividad clónica uterina o contracción, y dando al tono su valor real *de estado de contracción mínima basal en que se encuentra todo músculo en reposo*, CARSI y GARCÍA FUNCASTA¹² establecen la siguiente clasificación de las distocias dinámicas:

Distocias dinámicas. $\left\{ \begin{array}{l} \text{Hiposistolia (contracciones demasiado lentas).} \\ \text{Hipotonía (tono demasiado bajo).} \\ \text{Hipersistolia (contracciones o sístoles demasiado intensas).} \\ \text{Hipertonía (tono demasiado elevado).} \end{array} \right.$

Hiposistolia. — *Es la debilidad de las contracciones uterinas*. Su exageración conduce a la *asistolia* o ausencia total de contracciones. La mayor parte de autores y tratados califican este trastorno dinámico uterino de *atonía e inercia*, conceptos equívocos que deben desterrarse para siempre.

En la *hiposistolia* hay que considerar dos patogenias: 1.º, las contracciones son *primariamente* pequeñas y débiles por trastorno íntimo de la arquitectura de fibra muscular (estriación), y 2.º, las contracciones son débiles *secundariamente* a un estado inicial de *hipertonía*. El tono conserva la ganancia que se adquiere con la contracción, impidiendo el retorno al cero de la fuerza contráctil. Al elevarse, las contracciones uterinas dejan de tener la amplitud que tenían.

El diagnóstico diferencial entre ambas formas de hiposistolia nos lo da la palpación uterina (útero blando, hipotónico; útero duro, hipertónico).

La conducta a seguir es diametralmente opuesta según se trate de un tipo u otro. Cuando la hiposistolia es producida porque falta un estímulo contráctil, se proporcionarán a la paciente excitantes de la misma como quinina (un gramo y medio en sellos de 50 centigramos, uno cada media hora), pituitrina (tres Unidades Voeglin en inyección), timofisina y timútero (que unen a la acción hiperclónica de la hipófisis la hipotónica del timo).

En la hiposistolia por hipertonía debe administrarse morfina-atropina (un centigramo) o espasmalgina.

La urgencia en la *hiposistolia* viene condicionada por la prolongación excesiva del parto y las contingencias que como consecuencia de ello pueden surgir (sufrimiento fetal o materno por compresión).

Hipotonía o tono demasiado bajo. — Es el caso típico del *útero blando y aparentemente delgado* de las múltiparas a través del cual se palpan las partes fetales fácilmente desplazables en todos sentidos, como si estuvieran debajo mismo de la piel del abdomen. La patogenia debe buscarse en la disminución progresiva y paralela a la paridad del sarcoplasma (fibra lisa), en beneficio de la estriación (fibra estriada).

La hipotonía se acompaña, por las razones estructurales mentadas, de buena capacidad contráctil, por lo que la urgencia a que puede dar lugar es indirecta y debida sólo a las presentaciones viciosas (transversal, etc.) a que da lugar por inadaptación de las paredes uterinas a su contenido.

En los raros casos en que la hipotonía coincide con hiposistolia (estados vagotónicos) hay que valorar *solamente* la hiposistolia para actuar en consecuencia.

Hipersistolia. — *Contracciones demasiado intensas y frecuentes.* — Es la causa del episodio conocido en clínica con el nombre de parto precipitado.

La patogenia hay que buscarla en una excitabilidad exaltada de los centros nerviosos del útero y su musculatura, en acciones hormonales (hipófisis) o en excitaciones anormalmente intensas sobre los nervios del útero por una causa mecánica (compresiones sobre el cuello y cuerpo uterino, por el feto, después de la salida de las aguas), etc.

La urgencia de este trastorno dinámico viene impuesta a la vez por el factor materno y el fetal. La madre sufre por la intensidad inaguantable de sus dolores y además está expuesta a rupturas y estallidos de la vía blanda del parto debido a la precipitación expulsiva. El feto puede sufrir por compresión o por modificaciones en la hematosiis a causa de la disminución espacial de los lagos placentarios.

La conducta a seguir es la narcosis profunda. Esta, al tiempo que atenúa la intensidad contráctil, relaja los músculos del perineo, preservándolos de sufrir lesiones importantes al dilatarse tan rápidamente el conducto del parto.

Hipertonía. — *Tono uterino demasiado elevado.* — Son las distocias dinámicas más frecuentes y pueden clasificarse para facilitar su estudio en dos grupos: *a)* según su *localización*, y *b)* según su *naturaleza*.

a) Según su localización se dividen en *hipertonías generalizadas y localizadas*. En las primeras el diagnóstico es fácil. El útero queda duro en el intervalo de las contracciones, es más sensible a la palpación y ésta no da casi ningún dato de la situación fetal; la mujer se queja de dolor continuo en las regiones lumbar e hipogástrica y los latidos fetales se perciben apagados incluso durante el intervalo de las contracciones.

Las hipertonías localizadas, llamadas de Demelin, son más difíciles de diagnosticar (hipertonía del haz ansiforme de Calza, del anillo de Bandl). Algunas veces, para lograrlo, es preciso introducir la mano dentro del útero para tectar el anillo duro e hipertónico que causa la distocia (detención del cuerpo fetal).

b) Según su naturaleza se dividen en *primarias y secundarias*. Las primeras, preexistentes al parto, dimanarían de un estado especial, generalmente embrionario, del útero (exceso de sarcoplasma), de una hiperdistensión uterina (hidramnios, feto grande gemelar), que al forzar la extensibilidad muscular, aumentan el tono de la fibra, o de estados generales vegetativos (hipersimpácticótónicas). Las secundarias aparecen en curso de par-

to y a su vez son divididas por CARSI en hipertonías de *alarma*, de *intoxicación* y por *excitación*. Las primeras aparecen como resultado del choque de la fuerza muscular activa del útero contra un obstáculo que se opone al progreso del feto (desproporción pelvifetal, presentaciones viciosas, malformaciones fetales, tumores previos). Las de *intoxicación* son las provocadas por medicamentos (pituintrina); y las terceras o de *excitación* sobrevendrían consecutivamente a maniobras brutales (tactos, palpación, tracciones sobre un pie en la versión, etc.) o esfuerzos maternos intempestivos y prematuros. De todas, las que más nos interesan clínicamente son las de *alarma*.

En todas ellas, la urgencia es evidente tanto por parte de la madre (peligro de ruptura uterina) como del feto (sufrimiento fetal y asfixia por dishematosiis), pero en la conducta a seguir debe tenerse muy en cuenta que *no se emprenderá jamás un tratamiento tocológico sin que haya cedido previamente el estado hipertónico*. La rotura uterina puede sobrevenir, igual que por insensata espera, por imprudentes maniobras (BOGDANOWA¹³), y, hágase lo que se haga, hay que evitar *siempre* la distensión uterina (STOECKEL).

La terapéutica consistirá en la administración de morfina, espasmalgina, timo, o, como aconseja RUCKER, adrenalina (medio centímetro cúbico por vía subcutánea).

Desaparecida la hipertonía, puede procederse a la extracción fetal por los medios ordinarios, cuando se haya comprobado que aquélla fué ocasionada por una causa que, por continuar a pesar de haber cesado la hipertonía, podría conducirnos nuevamente a ella.

Rigidez del cuello uterino. — Llamamos así al *conjunto de estados patológicos que modifican su dilatabilidad*.

Distinguiamos varios tipos, la *anatómica o congénita*, y la *adquirida*, que puede ser *edematosa, inflamatoria y cicatrizal*.

Para conocer su patogenia es preciso recordar brevísimamente el fenómeno fisiológico de la dilatación en curso de parto.

Al sobrevenir las contracciones uterinas del período dilatante, la presión se transmite al contenido del útero (feto y aguas) que, por ser incompresible, obra como intermediario para que la fuerza de empuje se haga sentir en la parte baja del útero o segmento inferior. Esta presión obliga a la parte uterina delgada e hipotónica a distenderse y ensancharse, por lo que las fibras musculares elásticas del esfínter cervical interno sufren una tracción excéntrica y se inicia la dilatación.

Cuando por causa congénita, inflamatoria o cicatrizal, predominan en el cuello las fibras conjuntivas o las musculares han perdido patológica-

mente su elasticidad, el esfuerzo de la contracción logra sólo una hiperdistensión del segmento uterino inferior sin dilatar el orificio cervical interno. De ello deriva un grave peligro para la madre; una rotura uterina segmentaria posible es lo que da el carácter de urgencia al caso.

CONDUCTA A SEGUIR. — Cuando se trate de una múltipara, incisiones cervicales de Dürsen. Tratándose de una primípara y dado lo inédito de su conducto blando del parto, es preferible la cesárea.

Empeñarse tozudamente en querer dilatar manualmente o por dilata-dores (Bossi, Tarnier) un cuello inicialmente rígido, sería aumentar los riesgos maternos exponiéndonos a un extenso desgarro del segmento inferior.

En cuanto al cuello *perezoso* en dilatarse, no debe considerarse *jamás* como una urgencia obstétrica, ya que, regulando farmacológicamente la intensidad y ritmo de las contracciones uterinas, se soluciona el conflicto.

Edema del cuello uterino. — Es una variedad de la estenosis ya citada. Merece, sin embargo, mención aparte por la conducta a seguir.

Tanto la variedad dura como la blanda (CATHALA¹⁴) son debidas a pellizcamientos o compresiones del cuello por la presentación, contra el cinturón pelviano y denotan una desproporción pelvifetal. Contra esta contingencia debe, pues, ir dirigida nuestra terapéutica de modo exclusivo.

Aflojamiento del segmento uterino inferior al final del período de dilatación. — *Es una distocia poco conocida debida a una hipotonía local del segmento inferior y que puede presentarse al final del período de dilatación.* Ha sido magistralmente estudiada y descrita por BERUTTI¹⁵, quien recurre, para explicar la acción y mecanismo de esta distocia, al símil de una pera de Richardson (fig. 12), en el que *a* venía a representar el cuerpo uterino; *b*, la bolsa de las aguas, y la red protectora que envuelve la pera, el segmento uterino inferior.

Apretando la pera *a*, si la red de la pera *b* está tensa, la presión que hay en el interior de la pera *b* es mucho mayor (nivel *c*) que cuando la red se afloja o bien no existe (nivel *c'* de la pera *b'*).

Consecutivamente a la hipotonía del segmento inferior, disminuye la presión intrauterina, y la bolsa, sin ser resistente, no se rompe, el polo fetal no se encaja y el parto no progresa.

El diagnóstico se establece por exclusión. Parto lento (*tedious labor*) sin obstáculos ni causas evidentes que lo expliquen, bolsa entera enorme (por la distensión segmentaria), etc.

Establecido el diagnóstico, no queda otro recurso a seguir que intervenir urgentemente deshaciendo el círculo vicioso por medio de la rotura de la bolsa de las aguas. Es conveniente, al practicar esta operación, si no hay encajamiento, procurar que la salida del líquido sea lenta y gradual a fin de evitar el establecimiento de procidencias.

No debe confundirse esta distocia con la ocasionada por una bolsa de las aguas de membranas resistentes y que no se rompe más que tardíamente o

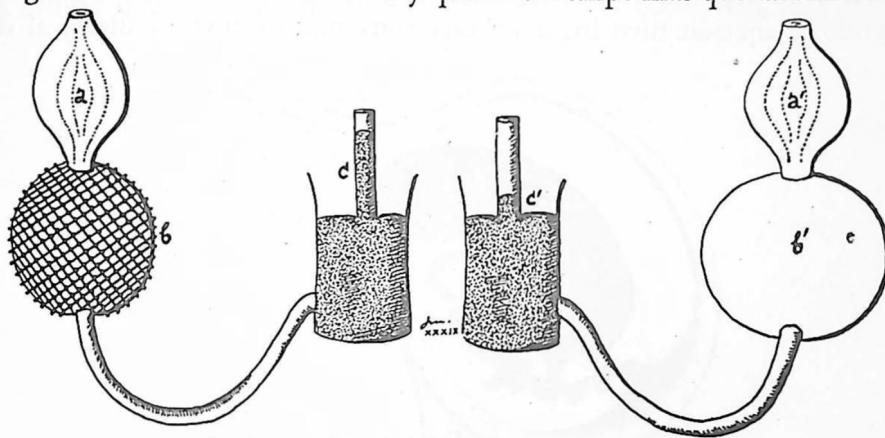


FIG. 12. — *a*, representa el cuerpo uterino; *b*, la bolsa de las aguas, y la red protectora de la pera, el segmento inferior. El nivel *c* es más alto que el *c'* lo que indica que la presión en la pera *b* es superior a la *b'*, debido a que en esta última no existe la red protectora que impide el aflojamiento de sus paredes. (Copia de Berut.)

sólo lo efectúa cuando interviene el arte. Las membranas resistentes ocasionan una bolsa por apartamiento (al no dejarse distender las rígidas membranas, la contracción uterina hace que el huevo se torne esferoide apartándose la bolsa de las aguas del segmento uterino inferior); la distocia que estamos estudiando da lugar a una bolsa por deslizamiento (a cada contracción uterina, la bolsa, que no encuentra apoyo en pared uterina, por ser ésta hipotónica, se distiende y desliza por el orificio del cuello).

Distocias debidas a intervenciones uterinas de modificación postural. — Todas las intervenciones llevadas a cabo con objeto de corregir una modificación postural uterina (prolapsos, retroversoflexiones) tienen fundamentalmente un objeto: fijar este órgano, disminuyendo por ende su movilidad.

Si en tales circunstancias sobreviene un embarazo, éste evolucionará de una forma especial y en el momento del parto pueden presentarse contingencias que por acaecer fuera de lo normal obligarán a una intervención de urgencia.

La verdadera urgencia y la consiguiente indicación clínica a tomar se presenta en los casos de embarazo en úteros en los que se practicó una ventro fijación, una vaginofijación o una interposición vésicovaginal del útero de Schauta (fig. 13). Cuando la fijación uterina o vaginal no fué en una zona muy extensa, el parto puede evolucionar normalmente a causa de que la zona de fijación, reblandecida e imbibida por el embarazo, se deja distender y se convierte en una suerte de ligamento redondo accesorio. Cuando la fijación tuvo lugar en una zona más extensa, el útero, al des-

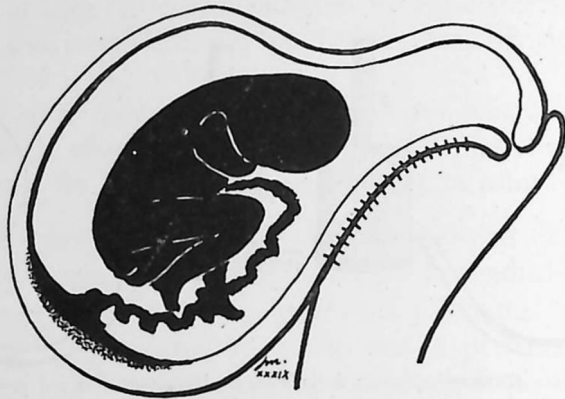


FIG. 13. — Útero grávido en el que se practicó una vaginofijación. Nótese el desarrollo desigual predominantemente de sus paredes posteriores y la desviación típica del cuello.

arrollarse por acción del embarazo, no lo hace de forma simétrica, sino irregular y a expensas de las paredes no fijadas.

El cuello uterino sufre la suerte del cuerpo, es desviado y en algunos casos se desarrolla también asimétricamente, deja de coincidir su cavidad con el eje pelviano y se instituye una grave distocia.

Las fijaciones tienen lugar en la cara uterina anterior, por lo que será a expensas del desarrollo y distensión de la cara posterior como se establecerá el espacio cavitario necesario para albergar el embarazo.

El cuello es atraído por la cara posterior hiperdesarrollada, por lo que se sitúa horizontalmente mirando hacia atrás; su dilatación se hace sumamente difícil en el momento del parto, y la hipersistolía con que la naturaleza quiere sortear el obstáculo, puede conducir a la ruptura uterina.

CONDUCTA A SEGUIR. — Si la desviación del hocico de tenca no es muy considerable, nuestra misión será ponerlo en situación normal traccionándolo con unas Museux y sedar la hipersistolía con morfina, espasmalgina o anestesia general. Mas cuando su desplazamiento y elevación sean consi-

derables (remonte al territorio pelviano), la sección cesárea se impone. No aconsejamos la difícil maniobra de dilatar con globos el cuello uterino; éste, además de ser difícil de alcanzar, está afecto de procesos de estasis pasivo que hacen imposible el más pequeño éxito.

En el embarazo coincidente con casos en que se practicó una interposición uterina intervésicovaginal — contingencia extraordinariamente rara, pues es una intervención que debe ir seguida de la doble ligadura y sec-

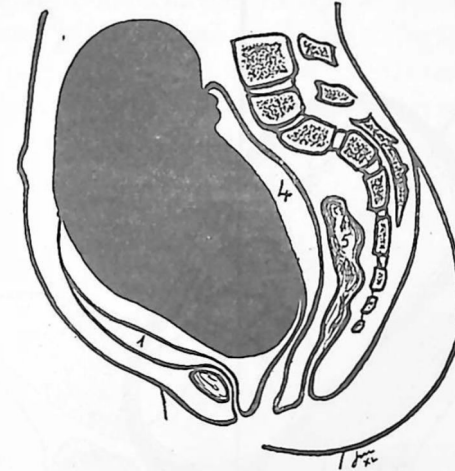


FIG. 14. — Embarazo en un útero en el que se practicó una interposición uterina intervésicovaginal (Schauta-Wertheim). El enorme desplazamiento del cuello da idea de la distocia.

ción tubárica, el trastorno postural del útero grávido es enorme y el cuello queda en una postura en la que es imposible el parto (fig. 14, copiada de KUSNER) —, el tratamiento único posible es la sección cesárea.

Quando el embarazo sobreviene en el también rarísimo caso de un útero que se interpuso operatoriamente para curar un prolapso entre la aponeurosis de los músculos rectos abdominales y los citados músculos (pues también es una intervención que se epiloga con la ligadura bilateral tubaria), no hay urgencia obstétrica, pues no hemos hallado un solo caso de embarazo en útero operado según la técnica de Grigorius que haya llegado a término.

La gestación en un útero sobre el que se practicó una promontopexia de Küstner-Schmid da lugar a los mismos trastornos en el momento del parto que la del útero en el que se practicó una vaginofijación. El cuello queda en situación horizontal posterior y la no coincidencia de su eje con

el de la vía del parto ocasiona una grave distocia que hay que resolver por vía abdominal.

Desviaciones uterinas. — La desviación uterina lateral y el prolapso pueden ser causa de urgencia en el curso del parto. De la dextrotorsión fisiológica del útero grávido exagerada de manera aguda en el momento

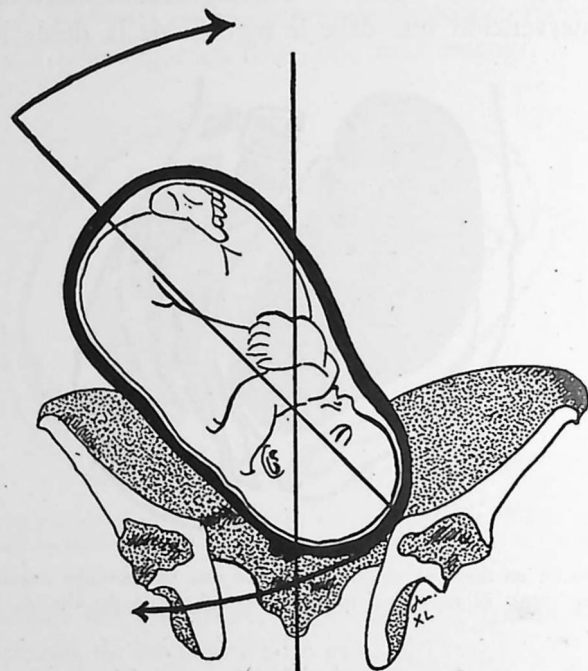


FIG. 15. — El eje útero-fetal está desviado lateralmente respecto al pelviano. Para corregir este hecho hay que desplazar el fondo uterino en la dirección de la flecha. (Copia de BUMM.)

del parto, dando un cuadro de distocia con abdomen agudo, no hablaremos aquí dada la rareza del hecho y su diagnóstico difícilísimo antes de la laparotomía a que nos conduce el cuadro abdominal.

DESVIACIÓN LATERAL. — Cuando no hay encajamiento y el útero es hipotónico, sucede a veces en curso de parto que el eje longitudinal uterino se desvía oblicuamente dirigiéndose su fondo hacia fuera y como consecuencia de ello el polo que se presenta pasa a ocupar la fosa ilíaca heteróloga del lado hacia donde se desvió el fondo (fig. 15).

Así las cosas, las contracciones uterinas no tienen eficacia, pues la presentación es vanamente empujada contra el plano óseo resistente; y sobreviene una hipersistolia que agrava los hechos (sufrimiento fetal).

La conducta a seguir es la corrección de la desviación uterina bien por simple compresión externa del fondo, centrándolo, bien colocando simplemente a la mujer en decúbito lateral heterólogo al ocupado por el fondo uterino. Con ello el eje uterino (y con él el fetal) coincide con el del estrecho superior y la fuerza uterina contráctil es aprovechada íntegramente para el progreso del móvil.

Prolapso uterino. — En los casos raros en que el prolapso uterino no se redujo o mejoró notablemente durante el embarazo se llega al parto en malas condiciones para que éste pueda tener lugar de forma fisiológica.

La hipertrofia e infiltración edematosa lo hacen difícilmente dilatable y las contracciones uterinas resultan ineficaces, por otra parte, debido al trastorno postural que priva al útero de un punto de apoyo preciso para que la potencia contráctil surta efectos expulsivos. A ello se une todavía la ineficacia de las contracciones abdominales de esfuerzo (hipotonía de pared) y cuando existen, su perjudicial acción de exageración del prolapso. Tanto un hecho como otro alargan el parto desmesuradamente y pueden conducir a una urgencia por sufrimiento maternofetal.

La rigidez cervical requiere una dilatación artificial o cruenta y la ineficacia de las contracciones uterinas y el mal estado del órgano una extracción fetal.

Tengamos en cuenta, en este último caso, que *de no establecer una contraextensión sobre el útero prolapso*, corremos el riesgo, en las tracciones extractoras, de un estiramiento ligamentoso uterino (*shock*) que puede llegar a su arrancamiento.

La contraextensión se establece por medio de compresas cruzadas por delante y detrás del prolapso y sostenidas por un ayudante o por medio de una tallacampo perforada en su centro y aplicada sobre el tumor.

Casi todos los prolapso totales del útero grávido presentan ulceraciones de decúbito, por lo que deben extremarse las precauciones para que ellas no puedan ser puerta de entrada de una infección.

Estenosis pelvianas. — Cuando entre el cinturón pelviano óseo materno y el feto no hay correspondencia de tamaño que permita el fácil paso de éste por aquél se habla de *estenosis pelviana*. Este hecho puede ser debido a una angostura primaria de la pelvis o a un exceso de volumen parcial o total del feto, con pelvis normal.

La urgencia obstétrica, concretada a este caso, es un problema que merece la más serena consideración, pues la indicación a tomar depende de las posibilidades clínicamente presumibles del caso.

Nos repugna, por ser sacerdotes de una ciencia que nada debe tener de exacta, hipotecar la libertad de nuestras decisiones a la pauta estereotipada de unas cifras topes por debajo o encima de las cuales la conducta terapéutica debe cambiar radicalmente.

La parturienta no es un maniquí estático ni un cadáver sobre el que se realizaron en otro tiempo, por hombres meritísimos, estudios sobre desproporción pelvifetal y operaciones de ampliación del cinturón óseo pelviano. La mujer es un ser vivo y, como tal, dinámico; el móvil (feto) tampoco es rígido, y de la acción mutua de ambos es de donde *precisamente* debe deducirse la posibilidad o imposibilidad de una armónica adaptación de continente y contenido (parto normal o distocia). El papel del motor uterino, capaz de parir, con ayuda de su eficiente potencia fetos que, según cuidadosas mediciones previas al parto, no era de esperar pudiesen evolucionar por el conducto del parto, la ductilidad y maleabilidad fetal, factor desconocido de antemano, pues depende de factores imponderables (grado de osificación, capacidad flexora o extensora de la columna vertebral, etc.), son hechos que inducen a reflexionar mucho para querer, copiando los autores, simplificar los conflictos volumétricos maternofetales a los datos de unas cifras de diámetros pelvianos o fetales dándoles el valor de síntomas clínicos y basando en los mismos las indicaciones a tomar.

DIAGNÓSTICO. — Sentado el criterio de que no existe una estenosis pelviana absoluta, salvo raras excepciones (pelvis obtecta, deformidades enormes, falsos promontorios, etc.), el diagnóstico será también relativo. Así pues, *no hablaremos de pelvis estrecha, sino de desproporción pelvifetal.*

La desproporción pelvifetal se diagnostica por varias maniobras fáciles: la de *Munro-Kerr*, la de *Solomons*, la de *Müller*, por no citar sino las más útiles.

Maniobra de Munro-Kerr (fig. 16). — Dos dedos de la mano derecha practican un tacto vaginal, procurando que el pulgar, en abducción forzada, abarque el pubis. Con la mano izquierda se abarca el polo fetal, empujándolo fuertemente hacia la excavación. De esta forma, con los dedos vaginales, nos hacemos cargo del grado de penetración; con el pulgar, del resalto de la parte anterior del polo fetal (generalmente el parietal anterior) sobre el borde anterior del estrecho superior (pubis), y con la mano externa, de la facilidad o dificultad en la penetración y el grado de esfuerzo preciso.

Maniobra de Solomons. — El tocólogo se sitúa al lado de la paciente y empuña con una mano el polo fetal que se presenta, empujándolo hacia la excavación. Dos dedos de la otra mano se colocan horizontalmente sobre

la cabeza y buscan, apretando suavemente, el resalto de la presentación sobre el pubis, mientras un ayudante comprime el otro polo fetal hacia abajo, exprimiendo con ambas manos el fondo uterino.

Maniobra de Müller. — Las manos de un ayudante impulsan el polo fetal hacia la entrada de la pelvis a través de la pared abdominal. Simultáneamente el tocólogo practica un tacto vaginal y se da cuenta del grado

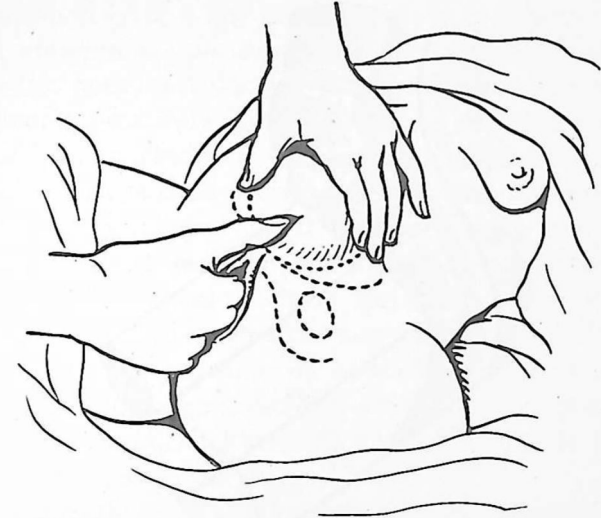


FIG. 16. — Maniobra de Munro-Kerr. Dos dedos de la mano derecha practican un tacto. El pulgar, abrazando el pubis, se da cuenta del resalto de la presentación sobre éste. Con la mano externa se impulsa el polo fetal hacia la excavación.

de penetración del feto en la pelvis y de las relaciones de aquél con los accidentes óseos de ésta.

Establecido el diagnóstico de la desproporción, si ésta es considerable, debemos proceder a la intervención que creamos indicada, pero si la desproporción no es muy intensa, quedan dos incógnitas a despejar, a cual más importante: potencia uterina y ductilidad o maleabilidad fetal; por esto aconsejamos en curso de parto, como *medio preliminar, en la conducta a seguir, la prueba del parto.*

Prueba del parto. — Propuesta por COUVELAIRE, consiste en dejar actuar y evolucionar las fuerzas naturales durante un tiempo prudencial (el mínimo preciso) para convencernos de que la desproporción no puede ser vencida ni por la potencia del motor ni por la reducción del móvil, en cuyo caso la intervención que se practique será el único camino a seguir sin discusión.

Los límites de la expectación se fijaron en el tiempo, sin tener en cuenta la naturaleza y los factores del mismo. Hoy se prescinde del factor cronológico *per se* y, siguiendo el consejo propuesto por WALTARD y FREY de Zurich, aconsejado y seguido por KOENIG¹⁶ y HELD¹⁷, se valora el número y la naturaleza de las contracciones uterinas, habiéndose coincidido en señalar el de 100 para las de dilatación y 50 para las de expulsión como indis-

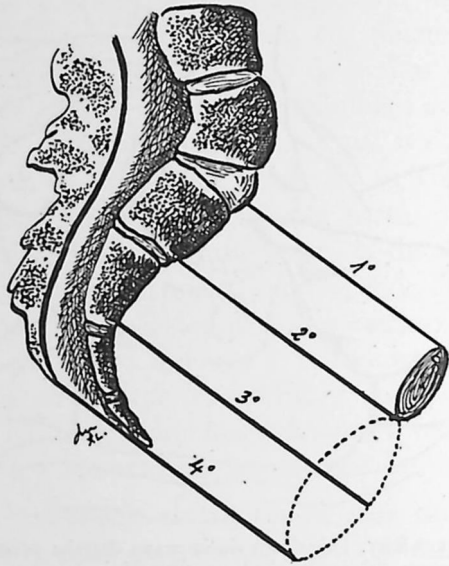


FIG. 17. — Planos paralelos ideales de Hodge para establecer el progreso del móvil en el conducto del parto.

pensables, caso de que sean eficientes y el feto *no progrese*, de la inutilidad de esperar.

Clínicamente el progreso del móvil se establece considerando la situación del mismo con respecto a los planos paralelos ideales que describió en la pelvis el americano HODGE. Considera este autor la hilera pelviana dividida en cuatro planos paralelos entre sí (fig. 17): uno superior que del promontorio va al borde superior del pubis, otro trazado a nivel del borde inferior del pubis mismo, un tercero que pasa por los límites extremos de las espinas ciáticas y el último que pasa por la punta del cóccix. Cuando la presentación está en el primer plano indica su situación en el estrecho superior; cuando en el segundo, en la parte alta de la excavación; si en el tercero, en plena excavación, y por último, rasando al cuarto, está en el plano perineovulvar.

Por exploración vaginal es fácil relacionar la cabeza fetal con estos planos para deducir la situación de la misma.

Cuando la porción más declive de la calota craneana *no ha alcanzado* todavía el segundo plano, *caben tres dedos* del tocólogo entre ésta y el suelo perineal. Alcanzando el segundo, *caben sólo dos dedos*; llegada la cabeza al tercer plano, sólo admite *un dedo*, y cuando está en el cuarto, *ninguno*; el tacto vaginal es prácticamente imposible.

Si se descarta el error a que puede conducir la existencia de una bolsa serosanguínea voluminosa que simule una penetración falsa de la cabeza (fácil de despistar, pues los dedos que tactan no encuentran suturas y fontanelas ni resistencia ósea dura, sino acolchonamiento edematoso sobre un plano óseo duro), este método, practicado como aconsejamos, tiene inmenso valor, pues da idea exacta de la situación del móvil en el conducto del parto.

Fracasada la expectación, con la exploración del caso por las maniobras mensuradoras de la desproporción mentadas, estableceremos el grado de la misma para adoptar una conducta operatoria u otra. Para facilitar la labor de quien nos leyere, resumiremos a tres las posibilidades:

1.º *Desproporción pequeña, no sorteada con la prueba del parto a causa de la ineficacia de las contracciones uterinas o de la poca maleabilidad del feto: Rotura de la bolsa (BERUTI¹⁸)*. De esta forma la presentación se amolda, reduciéndose, al contenido.

Posición colgante de Walcher-Crouzat-Melli, cuando la presentación está por encima del estrecho superior. Con esta posición (la mujer, sentada al borde mismo de la mesa o cama alta, deja sus piernas colgantes sin apoyo alguno) se agranda el diámetro conjugado verdadero de 3 a 5 milímetros por bascular el sacro, dirigiendo su base hacia atrás y el cóccix hacia delante. Posición de Jongue-Drevraigne-Descomps (piernas y muslos en extensión y abducción forzada, en cuyo caso los músculos isquiotrocantéreos agrandan el diámetro bisisquiático) o posición de Laborie-Duncan (posición obstétrica con hiperflexión que bascula el sacro en dirección contraria a la posición de Walcher y agranda, por lo tanto, el diámetro anteroposterior del estrecho inferior) cuando el móvil está en el segundo o tercer plano de Hodge.

Aplicación de fórceps o versión, condicionadas una u otra intervención por el grado de penetración de la cabeza. No debe pedirse a estas operaciones la extracción violenta de una cabeza (primera o última), sino una *orientación, flexión o deflexión* de la misma. Usando el fórceps o las maniobras de Mauriceau-Levret, Praga (fig. 18), o de Champetier de Ribes (figura 19) brutalmente y sin reflexión previa, son siempre feticidas, trauma-

tizantes para la madre y no conducen a nada. El peligro que entraña una reducción rápida de los diámetros de la cabeza fetal, al extraerla forzosamente con fórceps o una de las maniobras mentadas para la cabeza última, ha sido expuesto de forma magistral y definitiva por HOLLAND¹⁹. El cráneo fetal soporta compresiones considerables, si actúan éstas gradualmente (parto

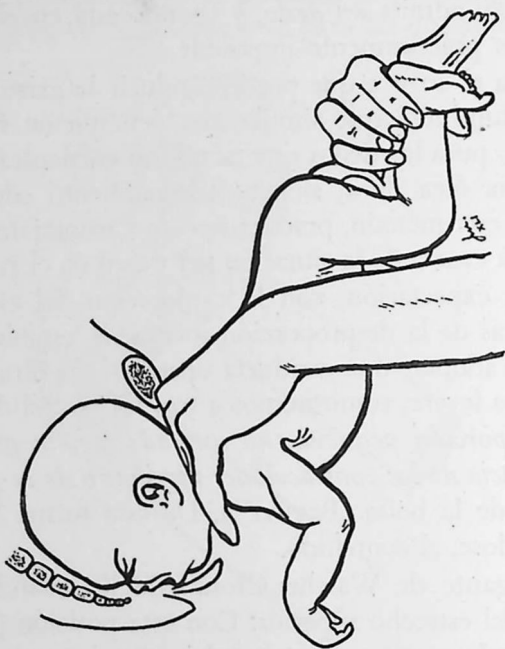


FIG. 18. — Maniobra de Praga. Con una mano colocada en la nuca fetal se establece el apoyo de la presión que se ejerce con la otra mano que coge los pies del feto y los lleva hacia arriba. Con ello la cabeza se flexiona y sale más fácilmente.

normal), y se defiende deformándose hasta un cierto límite. Pasado éste o actuando la compresión de manera brusca, la tolerancia craneal es menor y en lugar de deformarse estalla (fig. 20). Antes de sacar una cabeza a través de un conducto óseo angosto relativamente a ella, tendremos que preguntarnos, pues, qué grado de reducción rápida necesitamos de la cabeza para renunciar a ello si sospechamos será de relativa intensidad.

2.º *Desproporción pequeña, no sorteada por la prueba del parto a pesar de la eficacia de las contracciones uterinas que han moldeado y reducido la presentación* (buena maleabilidad del móvil). Ante este caso, hay (con feto vivo) dos únicos recursos: las *pelvitomías* o la *cesárea*, condicionadas unas u otra por un factor que *todos* debiéramos conocer: las *pelvitomías* tienen límites de practicabilidad; la *cesárea*, no.

Siempre que el paso del feto requiera una separación ósea de la sección del cinturón pelviano *superior a 4 ó 5 centímetros* (el conjugado verdadero aumenta 2 milímetros por cada centímetro de separación interpubiana) debe desecharse la *pelvitomía*, que de anodina se convertiría en gravemente peligrosa para la madre (desgarros vaginales, capsulares, de la arti-



FIG. 19. — Maniobra de Champetier de Ribes o de Martin-Viegan. La mano externa presiona sobre la cabeza previamente orientada por la mano interna, a fin de lograr su encajamiento. (Inspirada en STOECKEL.)

culación sacroilíaca). Por lo tanto, prescindiendo de datos numéricos, cuando las maniobras de mensuración pelvifetal nos señalen un grado de desproporción que presumamos difícilmente sorteable con la separación ósea límite mentada, no deben intentarse las *pelvitomías*, sino ir directamente por la vía alta.

La clase de *pelvitomía* la juzgamos indiferente; todas son buenas, si no se pide a la intervención más de lo que puede dar y si se tiene técnica y experiencia.

Hay escuelas partidarias de la *sinfisiotomía* (se clava un bisturí en la sínfisis y se secciona parcialmente la articulación, excepto el ligamento ar-

cuátum, de dentro a fuera) y otras, partidarias de la pubiotomía (aserramiento de la rama isquiopubiana por medio de una sierra filiforme introducida por el ojo de una aguja curva, semejante a la de la perineorrafía de Emet, que se introdujo previamente de abajo arriba rasando la rama isquiopubiana por medio del control que establecen dos dedos introducidos en vagina). El postoperatorio de las pelvitomías, cuando no hubo incidentes, es completamente trivial; se aconseja la colocación de un vendaje bitrocantéreo durante una semana y el levantamiento de la púérpera a los diez o doce días.

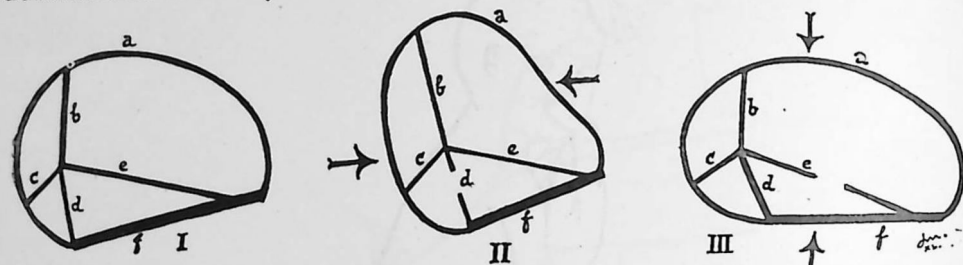


FIG. 20. — *a*, bóveda craneal y *f* base; *b*, hoz del cerebro; *d*, porción vertical de la tienda del cerebro; *e*, porción horizontal de la tienda del cerebro. — I. Contorno normal de la cabeza. — II. Cabeza comprimida en sentido occípito-frontal. — III. Cabeza comprimida de bóveda a base. — II y III. Distensión máxima con rotura de las porciones vertical y horizontal respectivamente de la tienda del cerebro. (Copia de HOLLAND.)

Hay escuelas que prefieren la extracción fetal inmediata a la práctica de la pelvitomía, pero nosotros no somos partidarios de ello, sino de abandonar el caso a las fuerzas naturales una vez corregida la desproporción que hizo fracasar la prueba del parto. Consideramos este medio como el más fisiológico y el menos peligroso para la madre (desgarros).

CESÁREAS. — La cesárea es la extracción del feto por la cavidad abdominal a través de una incisión practicada en la pared, de unos 15 a 20 centímetros, que llega hasta el pubis, y de la sección uterina (generalmente en el segmento inferior). La gravedad de la intervención, dados los avances actuales de técnica, es mínima, el postoperatorio corto (se levantan a los siete u ocho días), y las indicaciones, cada día más amplias.

Es criterio nuestro no rechazar *nunca* la intervención laparotómica por el tan cacareado peligro de infección en los casos llamados sucios. La formación exclusivamente tocológica de los cesaristas hace que copien unos autores de otros el término de casos limpios y sucios, indicando para los segundos la abstención laparotómica por miedo a la infección peritoneal.

Los que hemos llegado a la obstetricia tras un largo vagar por las clínicas quirúrgicas tenemos un criterio absolutamente opuesto a ellos y

consideramos al *caso uterino más sucio* como mucho más limpio o, en último término, semejante a una apendicitis gangrenosa o una perforación gástrica, y aplicamos idéntico criterio para todos estos casos.

Bien está que algunos casos merezcan el que aseguremos con un drenaje la posibilidad del éxito. Una herida uterina bien suturada y peritonizada evoluciona siempre bien y el contenido séptico intrauterino no es más letal que el contenido gástrico o intestinal.

3.º *Desproporción grande.* El único recurso es la cesárea.

Con feto muerto, la desproporción pelvifetal tiene una sola solución a seguir: la brestomía o reducción fetal violenta (sección, aplastamiento) a fin de hacerlo admisible por el conducto que resultaba primitivamente desproporcionado a él en dimensiones.

Tumores previos. — Son tumores de distinta naturaleza y origen que, por su situación primitiva (vagina, cuello) o secundaria al desplazamiento, asientan en las regiones inferiores del conducto del parto, en un lugar más bajo que la presentación.

Entran en esta categoría los tumores de la vagina y del cuello uterino, los fibromas uterinos y los quistes del ovario, pequeños, de crecimiento pelviano, y con tendencias a la encarceración, los tumores intestinales, los quistes hidatídicos pelvianos, etc. Pueden ser sólidos o líquidos (quísticos) y solamente merecen mención cuando representan un obstáculo mecánico que dificulta o impide la salida fetal al exterior.

El diagnóstico de su existencia se establece con facilidad por exploración vaginal combinada; el de su naturaleza y origen es tantas veces imposible.

El parto ofrece un curso análogo al que presenta en otros obstáculos (desproporción pelvifetal) y los peligros de ruptura uterina secundaria a la hipersistolia uterina de defensa contra el obstáculo, idénticos, por lo que la urgencia impone una indicación precisa a tomar.

CONDUCTA A SEGUIR. — KÜSTNER²⁰ refiere como ante un caso de tumor previo en curso de parto, tenemos tres únicos caminos a seguir: 1.º, prescindir del obstáculo y extraer violentamente el feto; 2.º, allanar la dificultad (punción, si es quístico; extracción vaginal, si es sólido) y extraer secundariamente el feto por vía baja, y 3.º, evitar el tumor procurándonos una vía extrapelviana del parto.

La primera solución sólo es aplicable a los pequeños quistes de la vagina; la segunda, muy en boga hasta hace unos años y aconsejada por FRITSCH, debe desecharse por el peligro que entraña de una infección grave

en el curso del puerperio y la posibilidad de que se presenten hemorragias difíciles de cohibir por la región en que tienen lugar.

Queda, por exclusión, la vía alta que BOHLER y REILES²¹ aconsejan practicar después de una prueba del parto infructuosa en el sentido de no desbloquearse espontáneamente durante la misma el paso pelviano.

Las maniobras de rechazamiento tumoral efectuadas por vía vaginal deben ser también absolutamente proscritas.

Enfermedades generales. — Nos referiremos exclusivamente a la urgencia surgida en curso de parto como consecuencia de que la paciente padece una enfermedad general crónica que obliga la intervención del tocólogo en beneficio de la misma.

No somos nosotros, los tocólogos, los responsables de la indicación, sino el internista, quien debe sentar el momento de intervenir y la forma de hacerlo cuando crea que con ello se evita a la enferma un peligro que podría redundar en su perjuicio agravando la dolencia.

Casi siempre se trata de cardíacas y tuberculosas, a las que el internista cree se les debe evitar la dura prueba de un parto fatigoso y largo.

Mientras dure el período de dilatación, lo mejor es sedar los dolores y decidirse sólo a una extracción fetal por vía baja (fórceps, extracción manual) cuando la dilatación es suficiente y el polo fetal fácilmente asequible. Rechazamos en principio las grandes intervenciones por vía baja (dilatación, fórceps alto, etc.) por no conducir a nada, pues si lo que interesa es evitar los considerables esfuerzos de un parto largo, podemos intervenir médicamente sin necesidad de exponernos a los nocivos efectos de una profunda anestesia que reclaman las grandes intervenciones. Contra el parto laborioso y lento, tenemos dos medios: el parto médico y el parto dirigido.

PARTO MÉDICO. — Iniciado por VAN DER HOEVEN en 1912 y SCHICKELE y propuesto y empleado más tarde por KREIS, consiste en la ruptura precoz de la bolsa y la administración de espasmalgina.

La ruptura precoz de las membranas cuando no hay encajamiento y la dilatación se ha iniciado, desempeñaría un gran papel en la marcha rápida del parto. Al derramarse el líquido amniótico, la presentación fetal descendiendo, se pone en íntimo contacto con el diafragma cérvicosegmentario, penetra como una cuña en el orificio y, ejerciendo una presión uniforme y directa sobre toda la periferia de su contorno, acelera su dilatación (BOUQUET).

La administración de espasmalgina alejaría el peligro de la hipertonía localizada del segmento uterino inferior, responsable muchas veces de la excesiva duración del parto.

PARTO DIRIGIDO. — Propuesto por VORON y PIEGEAUD²², consiste en el método de Kreis, asociado a la administración de oxióticos en pequeña cantidad (quinina, pituitrina).

Estas medidas determinan una aceleración del parto por intensificación de su dinámica, permiten a la presentación desempeñar un papel más activo, disminuyen la resistencia del cuello y sedan los dolores espasmódicos perjudiciales e ineficientes.

Cuando estos medios fracasan o la terminación urgente del parto es reclamada por el médico general, se procederá a la evacuación uterina, prefiriendo en general, nosotros, la vía baja a la cesárea debido a las condiciones patológicas de la enferma.

Toda evacuación uterina rápida en una cardíaca entraña un enorme peligro por la rápida y brusca depleción abdominal, por lo que, si nos vemos precisados a efectuarla, debemos sortear esta desgraciada contingencia colocando sacos de arena compresores en el abdomen vacío de la paciente (método de Olhausen) o simplemente practicando un vendaje compresivo abdominal bastante apretado.

Eclampsia puerperal. — *Convulsiones tónicoclónicas seguidas de coma, que aparecen súbitamente en algunas embarazadas con síntomas de intoxicación gravídica.*

PAТОГЕНIA. — Desconocida en absoluto hasta la fecha. Sin embargo, su gran analogía al cuadro clínico conocido en patología médica con el nombre de *encefalopatía hipertensiva* (antigua uremia ecláptica clorurémica) nos conduce a una breve consideración del mismo por si puede dar alguna luz en la comprensión del hecho que concretamente nos interesa.

Encefalopatía hipertensiva. — *Es un incidente hipertensivo en un hipertenso.*

La Escuela Americana ha establecido dos hechos, comprobados por trepanación, que caracterizan el cuadro: *palidez* (isquemia) y *edema de la corteza cerebral*.

Se creyó primero que el edema cerebral causaría por compresión la isquemia, pero se ha visto después que el hecho primario es el espasmo vascular. Este daría lugar a un remanso sanguíneo en las zonas preespasmódizadas y como consecuencia un aumento de la trasudación que generaría el edema. Las cifras de urea y cloruros son normales.

Relacionando la patogenia conocida de la encefalopatía hipertensiva con su *isómero* clínico, podríamos explicarnos el cuadro clínico de la eclampsia puerperal por espasmo y edema secundario de la corteza cerebral.

En el capítulo primero estudiamos la intoxicación gravídica y vimos el enorme trastorno que producían en la economía de la grávida funciones alteradas, estructuras químicas rotas y equilibrios celulares desechos. Si a esto añadimos la mala desintegración alimenticia por insuficiencia funcional de algunos órganos, tenemos explicado el origen del factor irritativo causa del espasmo vascular terminal primario.

La patogenia de las convulsiones debería buscarse en acciones irritativas sobre los centros motores de la corteza cerebral, y los trastornos auditivos y visuales, cuando no obedecen a espasmos locales en el mismo órgano, serían debidos al edema de la zona cortical donde asienta el centro correspondiente.

SÍNTOMAS. — Hay que distinguir los premonitorios (eclampsismo) de los típicos del ataque. CHAUSSIER estableció tres signos premonitorios: la *cefalalgia*, los *trastornos visuales* y el *dolor epigástrico*. A ellos añade PINARD el *insomnio*.

Tras un período más o menos largo, sin que los síntomas premonitorios indiquen por su intensidad la proximidad mayor o menor del ataque (pues son simplemente algunos de los síntomas toxigrávidos que estudiamos en otro lugar), aparece de manera inopinada, explosivamente, como su etimología indica, el ataque de eclampsia.

Período inicial: pequeñas contracciones mímicas, emisión de palabras sin sentido, ligeras convulsiones en los miembros superiores, desviación lateral de la cabeza, flexión forzada de los dedos de las manos comprendiendo dentro de los mismos el pulgar. Tras este período breve y a veces esbozado hasta el punto de pasar totalmente inadvertido por los circundantes se entra de lleno en el *período tónico*, o de contractura forzada con inmovilidad absoluta del cuerpo de la paciente, con suspensión incluso de la respiración. Este período es ordinariamente brevísimo, pues de durar, acarrearía la muerte de la paciente.

Inmediatamente le sigue el *período clónico*, caracterizado por convulsiones de este tipo, especialmente en cara, cuello y extremidades torácicas. La respiración es ruidosa y, junto con saliva espumosa, aparece en la boca de la paciente sangre proveniente de mordeduras que las contracturas le han hecho efectuar en la lengua. Este período puede durar más que los anteriores y va seguido del cuarto período, o *coma*, durante el cual la paciente parece dormir, con respiración ruidosa, obnubilada, el pulso y la temperatura se elevan y hay miosis con rigidez pupilar. La duración de este período tiene mucho valor pronóstico, cuando se alarga sin que mejoren el pulso y la temperatura; el pronóstico es fatal.

Los ataques repiten ordinariamente en número variable (hasta se citan ciento), pero su número tiene escaso valor pronóstico, más bien en su intensidad, en la duración del coma y en su intervalo (lúcido o no) es en lo que debemos fijarnos para poder predecir la posible evolución del caso.

Conducta a seguir. — Para su mejor comprensión la dividiremos en: 1.º, *tratamiento durante el ataque*; 2.º, *tratamientos médicos*, y 3.º, *tratamiento obstétrico*.

1.º **TRATAMIENTO DURANTE EL ATAQUE.** — Conviene que una persona por lo menos no se separe del lado de la ecláptica. Esta durante el acceso puede caerse de la cama, por lo que deberá sostenérsela sujetándola, aunque sin violencia. Se ha aconsejado también durante las convulsiones la inhalación clorofórmica ligera, la cual actuaría produciendo una relajación muscular beneficiosa y abortiva de las convulsiones. Debe cuidarse también de que la lengua no sea lesionada por mordeduras durante las convulsiones, y lo mejor para ello es recurrir a la clásica cuchara de palo que se sitúa con su mango de canto colocado entre los últimos molares, y así, al no contactar los dientes, la lengua queda libre y no aprisionada entre ellos. Las secreciones bucofaríngeas abundantes deben secarse con una torunda de gasa montada en una pinza y colocar la cabeza de la paciente no muy alta y ladeada para que, escurriéndose el exceso por las comisuras labiales, se evite una aspiración de las mismas con la consiguiente posible bronconeumonía de aspiración.

2.º **TRATAMIENTO MÉDICO.** — Se ha recomendado un sinfín de medicamentos y métodos, pero muchos de ellos, pasado el furor de la novedad que reclamaba su obligado uso, han caído en el abandono y olvido más absolutos (tirodina, hirudina, veratrina, jaborandi o pilocarpina, etc., entre los menos aparatosos; la amputación mamaria y la decapsulación renal entre los más graves).

De todo ello queda hoy el método de Stroganoff, el de Lezard, el de la Escuela de Dublín, asociados o no a la administración de suero Ringer o glucosado hipertónico, la sangría masiva y el sulfato magnésico.

Método de Stroganoff. — Aislamiento de la enferma y administración de morfina por vía subcutánea en inyecciones de un centigramo (dos veces), e hidrato de cloral en enemas (un gramo cada vez) mezclado con leche o solución salina fisiológica.

Se empieza por la inyección de morfina; al cabo de una hora se administra el enema de hidrato de cloral; a las dos horas vuelve a darse mor-

fina, y durante seis horas más, de dos en dos horas, van dándose enemas de hidrato de cloral.

Método de Lezard. — Fundamentalmente consiste en la administración de sulfato magnésico en inyección endovenosa (10 centímetros cúbicos al 10 por 100), enema (100 centímetros cúbicos al 30 por 100) e incluso intramuscular (10 centímetros cúbicos al 20 por 100) y suero glucosado hipertónico.

Método de la Escuela de Dublín. — Aislamiento de la enferma, morfina por vía subcutánea, lavado del colon y del estómago, suero fisiológico retromamario y bicarbonato sódico.

La *sangría* debe ser masiva, de 800 a 1.000 centímetros cúbicos, preferible a varias sangrías de menor cuantía repetidas. Su acción es desintoxicante y antiespástica de los vasos cerebrales (la vasoconstricción general de adaptación, desenquiosa el espasmo cerebral). Puede ir seguida de la inyección de sueros sin temor a aumentar de nuevo la presión arterial.

3.º TRATAMIENTO OBSTÉTRICO. — Hubo un tiempo en que estuvo muy en boga, practicándose todos los procederes de evacuación, desde la cesárea abdominal o vaginal al fórceps y la extracción manual, previa dilatación forzada del orificio uterino, pero el tiempo, con sus éxitos, fracasos y estadísticas, ha ido dejando este intervencionismo en un plano rezagado. KOURAD²³, en una estadística de 448 eclampsias, muestra como el tratamiento médico solo no da buenos resultados. BOURNE²⁴ afirma que la mortalidad materna, de 12,3 por 100 en el parto espontáneo de las eclámpicas, se eleva al 14,5 por 100 en los casos en que se hizo un fórceps bajo o una versión y a un 23,8 por 100 en los casos resueltos por cesárea. En cambio, esta cifra desciende a 9,6 por 100 cuando la única intervención practicada fué la provocación del parto.

De lo expuesto se deduce que el tratamiento médico mentado, asociado en los casos graves a la provocación del parto, constituye la *única* indicación a tomar en la urgencia por eclampsia (FALLS²⁵). No recurriremos a la intervención obstétrica más que cuando otros factores o distocias (sufrimiento fetal, desproporción pelvifetal, etc.) la indiquen *per se* y la reclamén.

Métodos usuales para la provocación del parto. — Su fundamento genérico es el despertar prematuramente la irritabilidad uterina.

El más antiguo y banal consiste en la ruptura de la bolsa. La evacuación del líquido amniótico despierta las contracciones uterinas por acción directa sobre la fibra muscular (retracción). Actualmente se asocia a este vetusto medio el remozo de una modernidad: la opoterapia, y se inyectan

tres unidades Voeglin de pituitrina o se administra quinina. Rinde resultados mediocres, pues a veces el parto no sobreviene lo rápidamente que deseamos, y la ruptura de las aguas, si el hecho dura sin resolverse, expone a la infección ovular.

KIWISCH propuso las duchas vaginales calientes y a presión sobre el cuello uterino como medio de despertar la contractibilidad rítmica uterina, y por ende el parto, pero PINARD hace más de medio siglo demostró las fallas cuantiosas del método (siempre que la ducha no actúe dentro del conducto cervical). El método de Krause, que es el que nosotros preferimos, consiste en la introducción, a través del cuello, de una sonda de goma semirrígida, en la cavidad uterina en el espacio que queda entre sus paredes y las membranas. La sonda se mantiene por medio de un tapón en buena situación y, actuando como cuerpo extraño, da lugar a contracciones expulsivas y por ende al parto.

La colocación de laminarias, globos y tapones vaginales, también ha sido empleada con buenos resultados a veces, pero no son métodos de aconsejar por exponer fácilmente a infecciones.

Con un mínimo de precauciones de orden aséptico, el método de Krause es el más eficaz, banal y sencillo de todos; no requiere técnica especial y puede, por tanto, en manos del médico rural, resolver el problema sin necesidad de tener que recurrir al compañero especialista de la próxima ciudad.

Roturas uterinas. — Como su nombre indica, son los desgarros *parciales* o *completos* de las paredes del músculo uterino.

Según la causa que las originó, las dividiremos en: 1.º, *por retracción*; 2.º, *por distensión*; 3.º, *traumáticas*; 4.º, *patológicas* (neoplásicas inflamatorias), y 5.º, *cicatrizales*.

Sólo nos interesa el estudio de la patogenia de las primeras y las segundas, ya que las traumáticas, patológicas y cicatrizales llevan con el nombre la explicación de su causa y no constituyen *per se* una distocia.

1.º ROTURAS POR RETRACCIÓN. — *Son espontáneas.* A consecuencia de un obstáculo, la presentación no avanza (desproporción pelvifetal, por ejemplo) y el útero responde a ello primero con una hipersistolia y después con una retracción de su segmento superior. Al suceder esto último, el segmento inferior que no puede seguirle en su desplazamiento vertical de ascensión (pues la presentación contra la que éste está fuertemente adaptado se lo impide, así como la sólida inserción cervical en la vagina) se distiende hasta el límite de su elasticidad y al rebasarlo estalla.

Esta clase de roturas *espontáneas* del útero, debidas exclusivamente al conflicto entre su fuerza contráctil con un obstáculo insuperable, asientan en el segmento inferior *siempre* y se anuncian por un típico cortejo de síntomas que luego estudiaremos.

2.º ROTURA POR DISTENSIÓN. — Es otro tipo de rotura del útero en curso de parto. Esta es casi siempre operatoria (versión, extracción manual, etc.) y es debida a que el segmento inferior hiperdistendido por el mecanismo estudiado no puede ampliarse al efectuar una maniobra de evolución fetal y se desgarran. Las roturas operatorias punzantes (con ganchos, fórceps o esquiras óseas de un feto seccionado) no merecen especial mención por no ser por ellas mismas causa de distocia.

La rotura uterina por retracción y por distensión asienta siempre, como hemos dicho, en el segmento inferior. Las traumáticas, neoplásicas y cicatrizales, en cualquier punto del órgano (donde actúa la noxa, neo, traumatismo, cicatriz), y pueden ser totales y parciales o subperitoneales según interese el desgarro el perimetrio (peritoneo) o no.

SÍNTOMAS. — Los síntomas premonitorios de la rotura uterina espontánea (la más frecuente) constituyen un cuadro clínico conocido con el nombre de *síndrome de alarma de Bandl-Frommel*.

SÍNDROME DE BANDL-FROMMEL. — *El fondo uterino está elevado, aparece un surco transversal que da al útero una forma que se ha comparado a un reloj de arena constituido por una masa subumbilical tenue que deja palpar fácilmente las partes fetales, y una masa supraumbilical gruesa a través de la cual no son perceptibles los detalles corporales del feto. A cada lado uterino, una cuerda tensa (ligamentos redondos) por la retracción corporal; dolores intensos y continuos.*

Cuando la rotura se ha consumado, cuadro general, taquicardia, facies pálida, angustia, sudor frío y *hemorragia externa*. Si la rotura fué total, el feto escapa por la abertura hacia la cavidad abdominal libre, pudiéndosele palpar bajo la pared abdominal al lado de un cuerpo voluminoso y duro que es el útero retraído. Cuando fué subperitoneal, aun permaneciendo el feto en el útero, los síntomas premonitorios y el cuadro general brusco, agudísimo, deben hacer pensar en su posibilidad.

CONDUCTA A SEGUIR. — Ante las amenazas de rotura, *siempre* tratamiento médico, *nunca* tocológico inicialmente. Amenazando el útero una rotura por retracción, produciríamos interviniendo una por distensión. Morfina, espasmalgina, anestesia general, y calmado el cuadro, debe investigarse la causa (obstáculo) de la retracción uterina y obrar *prudentemente* y con *suavidad* en consecuencia.

Ante el hecho consumado de rotura es mejor proceder a la laparotomía, pues si bien las subperitoneales se resuelven solas en ocasiones, la solidez de la cicatriz es dudosa y en otro embarazo puede sobrevenir una rotura cicatrizal. Si las lesiones fuesen muy extensas, el cuadro grave y la hemorragia intensa, recomendamos la histerectomía.

Hematoma retroplacentario de Couvelaire, apoplejía génitoplacentaria de Mouriz de Aragao o apoplejía placentogenital de Nubiola, *es el proceso agudo que puede presentarse a finales del embarazo o durante el parto y que consiste en una hemorragia entre la cara uterina de la placenta y la pared del útero.*

Hay que separar este cuadro del desprendimiento parcial de la placenta normalmente inserta. Aunque aparentemente en ambos suceda lo mismo (desprendimiento de una determinada zona de placenta con formación de un hematoma retroplacentario), la patogenia es totalmente distinta, pues mientras en el proceso que nos ocupa un factor tóxico inicial da lugar a hechos hemorrágicos que constituyen el hematoma, en el desprendimiento de placenta normalmente inserta un hecho mecánico inicial origina el despegamiento placentario, sobreviniendo secundariamente la hemorragia (desgarros vasculares) y el hematoma retroplacentario por subsiguiente coagulación de la misma.

Es, pues, confusionario el término de hematoma retroplacentario para indicar el cuadro agudo que estudiamos, y preferimos llamarle, con NUBIOLA, *apoplejía placentogenital*.

PATOGENIA. — La interrupción de la circulación en una zona placentaria (tronco o rama vellosa), hecho posible en la grávida con fenómenos tóxicos (¿espasmos?), da lugar a la digestión por la sangre materna del tejido isquémico de la misma. De ello resulta una serie de albúminas tóxicas de acción hemorrágica que al infiltrarse por las mallas interfibrilares uterinas trastornan los vasos, y su ingreso en el torrente circulatorio aumenta el estado tóxico de la grávida.

El estado tóxico inicia los fenómenos y éstos aumentan la intoxicación.

Lesiones. — En la placenta, correspondiendo al punto donde se constituyó el hematoma, hay un hoyo debido a una fusión o lisis de tejido placentario. Se observan, además, sufusiones hemorrágicas subperitoneales e intersticiales en el útero, ligamentos anchos y a veces en otros órganos no genitales (hígado, pulmón, corazón, riñones, etc.) cuando el *ataque* fué de intensidad.

SÍNTOMAS. — De manera brusca y violenta, la grávida presenta un *dolor abdominal agudo, el útero se torna duro, leñoso, dejan de poderse palpar las partes fetales y aparecen síntomas generales alarmantes* (malestar general, palidez tegumentaria y mucosa y *shock*) al tiempo que fluye sangre en cantidad y persistencia variables por los genitales.

Si el cuadro es ligero, los síntomas revisten poca intensidad y remiten, pero si es grave, el estado empeora y reclama una urgente intervención.

CONDUCTA A SEGUIR. — La urgencia, cuando el cuadro es intenso, viene impuesta por el factor materno, pues el feto muere y no cuenta, por tanto, en la indicación a tomar.

Debe recurrirse a la vía alta. El problema no es aquí terminar el parto, sino comprobar la extensión e intensidad de las lesiones viscerales para obrar con el radicalismo consiguiente.

Si las lesiones son extensas, entendiéndose por tales las *hemorragias intersticiales* y la *friabilidad muscular*, así como la falta de *retractilidad uterina*, debe hacerse la histerectomía.

El parto por vía baja, además de no darnos datos sobre la extensión de las lesiones, es peligrosísimo por obligarnos a maniobrar en unas regiones cuyo grado de friabilidad desconocemos y la expectación pone en peligro la vida de la mujer sin que de ello se beneficie el feto.

Hematoma vulvovaginal. — *Consiste en la aparición brusca de una colección sanguínea extravasada en los tejidos de la región vulvovaginal.*

PATOGENIA. — Hay que descartar el factor traumático, pues aparece muchas veces sin que sea posible hallarlo en sus antecedentes, y no predisponen a este hecho las varicosidades vulvovaginales.

Se trata sin duda de un hecho de labilidad vascular de naturaleza tóxica por hoy desconocido en su íntima esencia.

La sangre extravasada se aloja en el tejido celular inmediato a los órganos genitales y, cuando la extravasación es extensa puede alcanzar el parametrio, despegando y levantando el peritoneo bajo del cual se extiende.

SÍNTOMAS. — *Dolor* localizado en el punto donde se forma el trombus, *tensión* en los tejidos y aparición de una tumoración de aspecto azulino cuando es vulvar, invisible, pero accesible al tacto cuando es vaginal, y puede ser tan voluminosa que ocluya la luz del conducto genital. Generalmente es sésil, pero puede ser pediculada y aumentar de tamaño o permanecer estable según que se repita o no el hecho hemorrágico.

Cuando la hemorragia fué de cierta intensidad, se presentan síntomas generales de hemorragia interna.

CONDUCTA A SEGUIR. — Cuando el caso no reviste mucha intensidad y extensión, la urgencia dimanada del mismo viene impuesta por el grado de obstaculización mecánica a que conduce en la vía del parto.

Cuando representan realmente un obstáculo a la libre salida fetal deben incidirse, procediendo secundariamente a su vaciado, a la extracción fetal por vía baja y al taponamiento ulterior de la cavidad del hematoma, a fin de evitar hemorragias secundarias tardías.

Cuando el caso reviste intensidad (va acompañado de síntomas generales) y tiene tendencia a la extensión (se palpa una masa abdominal que va creciendo progresivamente al empeoramiento general) no titubaremos en recurrir a la vía alta, la que amén de resolver el caso, nos dará idea de la extensión y naturaleza del hematoma, permitiéndonos actuar directamente sobre los puntos que sangran.

Edema de la vulva. — La infiltración edematosa de la vulva, factor acompañante de ciertas afecciones generales (nefritis) o específicas de la grávida (intoxicación), puede, cuando alcanza proporciones considerables, representar un serio obstáculo para el parto. Sólo en este caso, pues, debemos considerarla en este capítulo de distocias maternas.

Cuando el obstáculo opuesto por la vulva edematosa es clínicamente insorteable, rechazamos toda manipulación (incisión, punción o evolución fetal forzada) sobre unos tejidos tan infiltrados y alterados, y recomendamos la vía alta. La aparente magnitud operatoria de la solución es mucho más benigna que los desgarros insuturables o la infección casi segura de un tejido que dejará a la paciente quizá para toda su vida con retracciones cicatrizales, prolapsos y trastornos funcionales que le recordarán a todas horas el trivial incidente que originó una distocia resuelta con timidez e improvisación del futuro.

Factores anexiales. — Los anexos fetales, cordón, placenta y membranas, pueden *per se*, con perfecta normalidad fisiológica de los otros factores, ser causa de distocia y condicionar la intervención de urgencia para salvar la vida materna o fetal. Vamos, pues, a considerarlas brevemente, empezando por el cordón.

Urgencias ocasionadas por el cordón umbilical. — El cordón umbilical desempeña su función fisiológica de conductor de la sangre desde las vellosidades coriales hasta el cuerpo mismo del feto, siempre que sus vasos, que la naturaleza protege envolviéndolos con la gelatina de Warton y situándolos en la atmósfera líquida intrauterina, en la oquedad del abdo-

men fetal, no sean comprimidos. Por otra parte, su longitud es suficiente para permitir libremente al feto sus desplazamientos intrauterinos así como la evolución del mismo en el acto del parto.

Cuando dejan de cumplirse una o ambas de estas condiciones surge la distocia y con ella la necesidad de intervenir, casi siempre en beneficio exclusivo del feto.

PROCIDENCIA DEL CORDÓN. — *Es la situación patológica del cordón en el área ocupada por la presentación.*

Causas. — Si en circunstancias normales al romperse la bolsa de las aguas el cordón no se prolapsa, ello es debido a que al ocurrir tal hecho la presentación está lo suficientemente descendida para adaptarse perfectamente a las paredes segmentarias y no permitir el paso entre ella y éstas a las asas del cordón que con bolsa íntegra permanecían flojamente ovilladas en la oquedad abdominal del encorvado cuerpo del feto.

Una primera causa, pues, hay que buscarla en la falta de descenso de la presentación, por lo que las presentaciones distócicas, la desproporción pelvifetal y los tumores, así como el hidramnios, el gemelar, las procidencias y la hipotonía uterina serán causas de posible prolapso del cordón.

Patogenia. — Instituido el prolapso, la urgencia surge por la compresión o pellizcamiento del mismo entre la presentación que desciende y las paredes segmentarias o cervicales. La circulación por los vasos funiculares se dificulta y el feto sufre y muere.

Conducta a seguir. — Se trata de una evidente urgencia y debemos *siempre intervenir*, no abandonando el caso a sí mismo con el pretexto de que el cordón no late y el feto está irremisiblemente muerto. BALARD ha demostrado que una ligera compresión del cordón procidente puede amortiguar los latidos hasta el punto de hacerlos imperceptibles, sin que por ello deje de circular sangre por el mismo en cantidad suficiente para conservar la vida fetal.

Para abandonar el caso a su suerte debemos convencernos por palpación de la región precordial fetal, como aconseja BOREE, de que el feto está muerto.

La indicación a tomar es la extracción fetal rápida (fórceps, versión), siempre que sea ésta posible; de no serlo, nos sentimos más inclinados a la evacuación uterina por el proceder de Delmás o las incisiones cérvicovaginales de Dürsen, si se trata de una múltipara, que a la práctica de la cesárea abdominal aconsejada por COUVELAIRE, intervención que reservamos a las primíparas dado lo inédito de las partes blandas del conducto del parto.

Los autores de antaño dedicaron capítulos enteros al estudio de los métodos de reposición del cordón prolapsado (posición genupectoral, de Trendelenburg, reposición instrumental con aparatos ideados adrede, reposición manual, etc.), pero todos estos métodos representan un manoseo que expone a infecciones y son de dudosos resultados beneficiosos. Recomendamos sólo al médico rural, cuando se encuentre en un caso de tal naturaleza y crea,

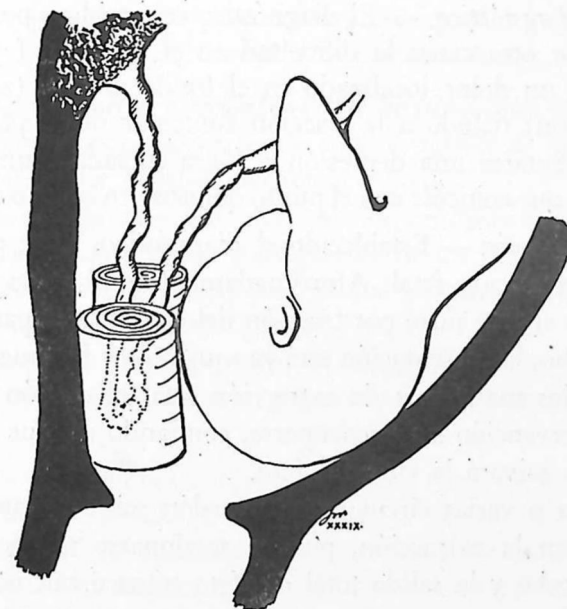


FIG. 21. — Maniobra de protección del cordón procidente. Se colocan dos rollos de gasa de manera que contengan entre ellos el cordón y procurando que sean más voluminosos que el cordón. Este queda protegido así de toda compresión.

visto lo que antecede, que la solución debe ser por vía alta, proteja al cordón procidente de compresiones y violencias durante el tiempo de espera y traslado de la paciente a una clínica, en la forma que indica la figura 21.

Se colocan dos rollos de gasa relativamente voluminosos de manera que quede el cordón procidente comprendido entre ambos. Si la presentación descendiese, comprimiría sólo los rollos de gasa que sobresalen al cordón y el caso puede tener la espera que reclama.

Cuando el cordón es demasiado corto deja de cumplirse la segunda de las condiciones que expusimos como necesarias para que éste desempeñe su misión. El cordón puede ser corto de manera absoluta o relativa debida esta última a que el feto en sus movimientos intrauterinos forme asas con el mismo y, pasando a su través, se establezcan circulares o nudos. Tanto

el cordón anatómicamente como el fisiológicamente cortos conducen a un mismo hecho: impedir el progreso fetal durante el parto, que se alarga desmesuradamente, y disminuir el calibre de los vasos funiculares cuando son distendidos a causa de que el motor uterino es potente y lucha hipersistólicamente contra la dificultad expulsora. La disminución del calibre vascular funicular conduce al sufrimiento fetal por dishematosis.

Síntomas y diagnóstico. — El diagnóstico se establece por exclusión al no explicarnos por otra causa la dificultad en el progreso fetal. Existe en muchas ocasiones un dolor localizado en el fondo uterino (zona placentaria de implantación) debido a la tracción funicular de la placenta, y por palpación puede notarse una depresión o fóvea (debida a un principio de inversión uterina) que coincide con el punto doloroso en cuanto a localización.

Conducta a seguir. — Establecido el diagnóstico, debe procederse rápidamente a la extracción fetal. Afortunadamente esto no es un hecho difícil, pues cuando el feto sufre por tracción del cordón o el parto no avanza por el mismo hecho, la presentación está ya muy baja y fácilmente asequible.

Si durante las maniobras de extracción fetal el cordón se rompe, se proseguirá la intervención sin preocuparse, confiando en que la rapidez en el acto operatorio salvará la vida del feto.

Cuando una o varias circulares del cordón sobre el cuerpo del feto, apretadas, impiden la extracción, pueden seccionarse sin peligro siempre que entre este hecho y la salida total del feto transcurran pocos instantes.

Bolsa de las aguas. — La bolsa de las aguas puede dar lugar a distocias cuando su rotura no acaece en el momento oportuno.

Sin embargo, y en ello se fundan los procedimientos de parto médico y dirigido estudiados, la rotura prematura no tiene valor distócico. BERUTI²⁶, adaptándose al pensamiento de BOUQUET, cree que en muchas ocasiones la rotura prematura de la bolsa de las aguas (natural o artificial) sin que la dilatación sea completa da lugar a que la presentación en su descenso desempeñe un papel más activo en la dilatación, se reduzca y el parto avance más aprisa.

La rotura tardía es siempre un motivo distócico.

Cuando la bolsa no se rompe, el útero, en sus contracciones, logra sólo aumentar la presión intrauterina, el huevo se hace esferoideo (bolsa de aguas por apartamiento) y, si el cuadro dura, el útero se fatiga y retrae. A consecuencia de ello sufre la madre por prolongación del parto y sufre el feto por trastorno en el aporte sanguíneo (hipersistolia).

El diagnóstico diferencial de la rotura tardía de la bolsa por resistencia de sus paredes al estallido debe hacerse con la distocia de Beruti por aflojamiento del segmento inferior, y si no hacemos aquí mención detallada de ello, es por no entrar en repeticiones, pues quedó establecido al estudiar las distocias uterinas dinámicas.

Conducta a seguir. — La rotura artificial de la bolsa. Al efectuarlo, hay que tener presentes las precauciones que quedaron apuntadas a fin de prevenir las procidencias de cordón o de miembros.

Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. — Consiste en la desinserción total o parcial de la placenta antes de que haya tenido lugar la salida del feto.

El hecho queda aquí vinculado al desprendimiento total o parcial de la placenta y a la constitución consiguiente de un hematoma retroplacentario. No aparecen las lesiones extensas genitales y paragenitales de tipo hemorrágico de la apoplejía placentogenital.

En la apoplejía placentogenital, el desprendimiento placentario es sólo uno de los hechos; en la distocia que nos ocupa es el hecho fundamental y exclusivo.

CAUSAS. — Tracciones funiculares en los casos de cordedad absoluta o relativa del cordón umbilical, cuando falta a la placenta la presión intrauterina que la mantiene aplicada en su inserción (hidramnios, gemelar, etc.). La rápida evacuación uterina, en este último caso, hace difícil la adaptación inmediata de las paredes del continente al contenido y, al faltar una contrapresión que comprima la placenta contra la pared uterina, queda ésta sometida solamente a la acción de las contracciones uterinas que la despegan.

En la hiperdistensión incipiente del segmento uterino inferior y en las amenazas de rotura uterina (síndrome de Bandl-Frommel) puede desprenderse prematuramente la placenta debido a que, como consecuencia de la hipersistolia uterina que lucha por expulsar el feto, el segmento uterino superior (que es donde se inserta la placenta) queda vacío, la presión interna contra la placenta falta y ésta se desprende.

SÍNTOMAS. — Dolor (producido por la intolerancia del hematoma), hemorragia externa (cuando el despegamiento alcanzó el borde placentario), útero duro y, si la zona desprendida es algo extensa, muerte fetal por dishematosis.

CONDUCTA A SEGUIR. — La indicación es el vaciamiento uterino, condicionando el procedimiento a emplear al estado del cuello uterino.

Si la dilatación es completa, proceder a fórceps o extracción manual.

Si no hubiera dilatación, incisiones cérvicovaginales y rápida evacuación.

Se aconsejó en otro tiempo en tales casos la rotura de la bolsa como paliativo, pues disminuía la presión intrauterina, por este hecho, se evita que la placenta, medio desprendida, sea estirada a cada contracción y se desprenda más. Como a proceder de espera es un método bastante recomendable.

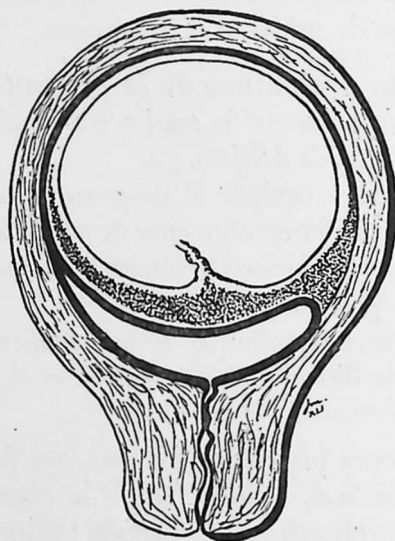


FIG. 22. — Teoría de Hoffmeier de la placenta previa. Las vellosidades coriales se extienden por la caduca capsular, y al sobrevenir la soldadura de ésta con la parietal de la parte baja quedará constituida la placenta previa. (Copia de DODERLEIN.)

Placenta previa. — Es la inserción placentaria en una zona uterina baja, en las proximidades o encima mismo del orificio uterino.

PATOGENIA. — Sólo mencionaremos dos teorías de las múltiples que se han formulado para explicar el hecho. Una de ellas, la de Hofmeier, establece la posibilidad de que las vellosidades arraigadas en la caduca capsular a causa de que no encontraron condiciones favorables para su expansión en la basal (endometritis), al soldarse penetrarían en la parietal de las zonas uterinas bajas, implantándose secundariamente en ella (fig. 22). La teoría de BECERRO DE BENGUA admite la posibilidad de una anidación primaria en las proximidades del orificio uterino.

Sea como sea, al iniciarse la dilatación del orificio cervical se desprende parcialmente la placenta a causa de que ésta no tiene, ni con mucho, la

elasticidad de la fibra muscular que se acorta a cada contracción para volver a sus dimensiones normales durante el reposo.

La placenta, que no sigue estas excursiones musculares, se frunce en lugar de contraerse y ello ocasiona el desprendimiento.

Los síntomas quedaron expuestos en el capítulo del embarazo, por lo que no insistiremos aquí, ocupándonos exclusivamente de la conducta a se-

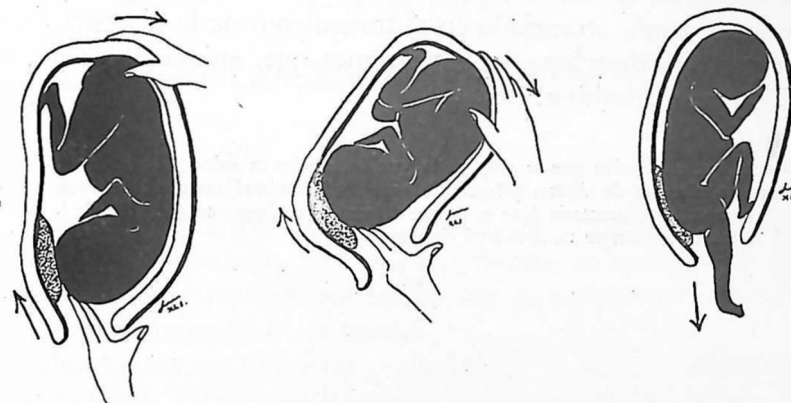


FIG. 23. — Versión bipolar de Braxton-Hicks. Con dos dedos introducidos por el orificio cervical y ayudándose de la mano externa se practica la versión y descenso de un pie. El polo pelviano fetal comprime la placenta y evita su despegamiento.

guir, pues el diagnóstico y diagnóstico diferencial quedaron establecidos también en anteriores páginas.

CONDUCTA A SEGUIR. — No creemos necesario insistir hasta qué punto constituye una urgencia obstétrica; en ello todos estamos conformes. La disparidad de criterio surge cuando se trata de sentar una indicación.

No somos partidarios de los procederes pretéritos de taponamiento ni de la dilatación artificial y forzada del orificio uterino. Tanto un medio como el otro desprenden más porción placentaria de la ya desprendida (peligro fetal) y obligan a maniobrar en una zona tan ávida de infectarse como es la herida placentaria.

Si se trata de una primípara con cuello cerrado, debe hacerse una cesárea baja. Con dilatación iniciada, método de Puzos, preconizado por PRINARD (rotura de la bolsa para evitar que la tirantez de las membranas sobrevenga a cada contracción aumente el despegamiento placentario), y si la hemorragia no se cohibe con ello y el feto se percibe aún, cesárea. En las múltiparas con cuello cerrado, cesárea vaginal, y con dilatación iniciada,

tras el método de Puzos, si pasan dos dedos por el orificio uterino, versión por maniobras mixtas o bipolar de Braxton (1).

Por medio de ella, convirtiendo una presentación cefálica en pelviana y descendiendo un pie, se logra que el polo pelviano fetal obre a modo de tapón de dentro a fuera que impide nuevos desprendimientos placentarios y, por ende, hemorragias.

La técnica de la versión bipolar viene indicada en la figura 23.

Todo lo demás aconsejado en el tratamiento de la placenta previa en curso de parto lo desechamos y no creemos que, animados de un criterio imparcial, pueda admitirse.

(1) Como que el objetivo que se propone la versión bipolar es colocar el feto a modo de tapón que comprima la placenta de dentro a fuera, la vida fetal resultará comprometidísima pues cuanto mayor sea la compresión placentaria (que es lo que deseamos precisamente para cohibir la hemorragia) menor será el caudal de sangre maternofetal circulante.

CAPITULO III

LA URGENCIA EN EL ALUMBRAMIENTO

La urgencia obstétrica puede presentarse durante el alumbramiento de manera espontánea, pero es muy preciso que afirmemos, para sacar de ello la enseñanza adecuada, que la *precipitación* de quien asiste el parto, torciendo el curso normal de los hechos con su *intempestiva intervención*, la provoca en la mayoría de los casos.

El alumbramiento se realiza generalmente de manera lenta; el útero, durante el mismo, deja de ser la potente máquina expulsora de los últimos períodos del parto para retraerse sobre sí mismo y contraerse con menos aparatosidad.

Cualquier intervención, por pequeña que sea, durante el mismo, es intempestiva y, separándolo de sus cauces normales, lo conduce a la anormalidad y por ende a la posible urgencia.

La retracción uterina es progresiva y se produce a medida que el feto abandona la cavidad ovular²⁷.

El desprendimiento placentario se inicia, pues, durante la expulsión fetal para terminarse instantes después, por lo que precisa un tiempo para que las fases del alumbramiento fisiológico (*retracción uterina, fruncimiento placentario* consecutivo a la retracción de las paredes musculares que no puede ser seguido por la masa placentaria inserta en ellas, y desprendimiento parcial de la placenta debido al fruncimiento con la constitución de una hemorragia que constituye el *hematoma retroplacentario* que termina el desprendimiento) tengan lugar lenta y progresivamente.

De todo ello deducimos la observancia de un criterio de *máxima abstención* y de intervención *siempre motivada*.

La intervención urgente viene impuesta:

1.º Por las hemorragias, entendiéndose por tales las intensas pérdidas con síntomas generales (taquicardia, disnea, zumbidos de oídos, etc.), y no

las pérdidas hemáticas más o menos abundantes sin síntomas generales. Esta última contingencia será en todo caso motivo de alarma y expectación pero jamás de urgencia en el sentido de reclamar intervención.

2.º *Retención parcial o total prolongada* (peligro de hemorragia o infección).

3.º *La inversión uterina.*

Hemorragias. — Pueden acaecer con útero lleno (antes de salir la placenta y las membranas) o con útero vacío. En el primer caso, unas veces son inmediatas a la salida del feto, y otras tardías, apareciendo durante las contracciones uterinas del alumbramiento.

Vamos a pasar revista de cada una de estas contingencias, señalando su distinción o diagnóstico diferencial con las demás y la conducta a seguir en cada caso concreto.

Hemorragias inmediatas a la salida del feto. — Son debidas, bien a desprendimientos parciales de la placenta, bien a desgarros en las partes bajas del conducto del parto.

El diagnóstico diferencial entre estas dos contingencias posibles que se exteriorizan por idénticos síntomas se establece únicamente por la observación visual ayudada de instrumentos (valvas) del conducto genital. La apreciación de su integridad califica la hemorragia en la primera categoría y la observación de lesiones (desgarros cervicales, de la cúpula vaginal e incluso de partes bajas de la vagina) cataloga el caso en el segundo grupo.

CONDUCTA A SEGUIR. — Cuando la hemorragia es debida al desprendimiento parcial de la placenta, se impone el vaciado uterino inmediato.

Comenzaremos por la maniobra de Credé o de expresión uterina que raras veces fracasa. Si la hemorragia alarmante continúa y la maniobra fracasa, no queda otro recurso que la extracción manual de la placenta.

Maniobra de Credé. — Se comienza por realizar un suave masaje sobre el fondo uterino con la mano derecha que lo empuña a fin de no practicar la expresión sobre un útero hipotónico que fácilmente se invierte. Cuando la mano tenga la sensación de que el globo uterino se ha endurecido, se comenzará la expresión propiamente dicha. De manera uniforme y gradual la mano situada en el fondo uterino realiza una expresión del mismo, ayudada si es preciso de la colaboración de la otra mano. La fuerza se desempeña igualmente como si, apretando una fruta madura (cereza, melocotón, etc.), quisiéramos enuclear el hueso de la misma, y el efecto que realmente intentamos conseguir es el mismo, pues por la expresión del cuerpo

uterino enuclearémos la placenta. Es una maniobra fatigosa por la presión continuada que debe ejercerse, pero no será jamás una maniobra brutal de *reprises* y pausas, pues con ello, a más de ocasionar sufrimientos inútiles a la paciente, podemos ocasionar contracturas parciales uterinas que den lugar a la formación de divertículos intrauterinos donde queda la placenta aprisionada (engatillamiento) y conducen al fracaso total de la maniobra.

Extracción manual de la placenta. — Es una operación que estuvo muy en boga antaño, tanto, que en tiempos de nuestro abuelo era el complemento o epílogo de toda extracción fetal. Después la era antiséptica la proscribió injustamente casi de manera absoluta, y hoy, en el justo medio, se recurre a ella sin temor y tomando previamente todas las precauciones, cuando fracasó el método de Credé y la hemorragia copiosa impone la evacuación placentaria rápida.

Previa una absoluta limpieza de los genitales externos con agua tibia jabonosa, rasurado vulvar y correcta desinfección de la mano derecha del operador, que irá provista de un guante estéril de goma fina, se introduce ésta dentro del útero a través del orificio uterino, procurando evitar roces y contactos con los genitales externos. A fin de que la introducción sea menos dolorosa para la paciente, es conveniente colocar los dedos unidos por sus pulpejos de manera que la mano se ofrezca en forma cónica.

La mano en su introducción sigue el trayecto del cordón umbilical y, una vez ha penetrado en la cavidad uterina, reclama la colaboración de la mano externa (la izquierda) que se sitúa sobre el fondo uterino empuñándolo. La acción conjunta de ambas manos, que actúan *comprendiéndose*, conduce a la extracción de la placenta.

La mano externa baja el fondo uterino para poner la inserción placentaria al alcance de la mano interna y ésta busca con su lado cubital el borde placentario y, como si cortase las hojas de un periódico con ligeros movimientos de sacudida y avance, va despejando la placenta hasta que ésta, ya libre, cae en su palma. Entonces se retira la mano lentamente con su presa y sin rozar tampoco en su trayecto de salida los genitales externos. La profunda introducción de la mano interna es un hecho que asusta ordinariamente a los principiantes, quienes tímidamente la realizan con poca decisión y la placenta es desprendida a pedazos, cosa que debe evitarse.

Cuando la hemorragia es debida a la existencia de lesiones en las vías blandas del parto debe procederse a la reparación de las mismas con una sutura de catgut. No debe practicarse el taponamiento vaginal apretado, pues éste impediría la salida placentaria.

Para practicar correctamente la sutura deben colocarse unas valvas amplias; secar el punto o puntos sangrantes con compresas estériles y con un portaagujas largo y una aguja de sutura curva triangular enhebrada con catgut de número 1 practicar la coaptación del desgarro, procurando que sea relativamente profunda para que no queden espacios muertos (hematomas) y reconstruyendo como mejor sepamos la estructura anatómica normal de la región suturada, evitando el clásico *zurcido*, que origina estenosis.

Hemorragias tardías durante las contracciones uterinas. —

Son debidas a desprendimientos parciales de la placenta. El diagnóstico diferencial con las anteriormente estudiadas, principalmente con las debidas a desgarros genitales, se establece por el *intervalo seco* más o menos largo que transcurre entre la salida del feto y la aparición del hecho hemorrágico.

Estas hemorragias aparecen al cabo de un tiempo de salido el feto y son debidas a que los fenómenos fisiológicos del despegamiento placentario que hemos enumerado no dan lugar al desprendimiento total de la placenta, sea porque ésta está adherida patológicamente en unas zonas, sea simplemente porque la escasa actividad uterina no puede lograrlo de manera completa. Como consecuencia de ello, el útero no vacío no puede retraerse y no se establece la hemostasia.

CONDUCTA A SEGUIR. — Evacuación uterina por el método de Credé, y si fracasare, extracción manual.

Hemorragias del alumbramiento con útero vacío. — Pueden ser debidas a un trastorno en el mecanismo normal de la hemostasia uterina o a retención placentaria parcial.

Hemorragias por hipotonía uterina. — Se presentan al cabo de un tiempo de evacuado el útero y se diagnostican porque a través de la pared abdominal se percibe el globo uterino *grande y blando* (grande porque está lleno de coágulos, y blando por la hipotonía parietal).

Normalmente el útero deja de sangrar al retraerse en la vacuidad sus paredes musculares. Como consecuencia de ello, disminuído el calibre de los vasos erosionados, se establece un remanso sanguíneo que da tiempo a la formación de coágulos que obturen definitivamente los puntos sangrantes.

Cuando la hipotonía muscular impide este hecho, la sangre mana de las erosiones vasculares de manera incoercible.

CONDUCTA A SEGUIR. — Es una mala norma practicar, como se aconseja, el masaje uterino, ya que con ello se provoca la *contracción* y lo que

precisa es la *retracción* del músculo uterino. Con ésta se logra la hemostasia, permitiéndose la formación de coágulos en los senos uterinos, cuya luz queda reducida sin desaparecer. Con la contracción, provocada o no, se obliteran por completo los senos, impidiéndose totalmente el paso sanguíneo, pero como este estado es temporal, al sobrevenir la relajación vuelve la sangre a circular por los vasos no obliterados por coágulos y retorna la hemorragia.

El tratamiento *específico* de estas hemorragias consistirá en el empleo de sustancias que aumenten el tono uterino (ergotina, ginergeno, panergot, ergotina, cornezuelo de centeno en polvo, alcaloides Zeltia del cornezuelo, etc.). La pituitrina no está indicada por ser un medicamento esencialmente excitador de la contracción uterina y no tener acción sobre el tono.

Como medios *inespecíficos* se ha recomendado el taponamiento de Dursen con una venda empapada con lisol al 0,5 por 100 ó con H₂O₂, la maniobra de Fritsch (la mano izquierda coge los labios vulvares, los comprime y los empuja hacia la vagina, la mano derecha presiona fortísimamente el fondo uterino como en la maniobra de Credé), con la que se intenta la desaparición de la cavidad del conducto genital interno, la de Zweifel (semejante a la anterior, pero con una mano en vagina que pinza el cuello), el pinzamiento simple del cuello propuesto por M. Polloson y las irrigaciones vaginales o intrauterinas frías o calientes. La compresión de la aorta llevada a cabo manualmente o con el tubo de Momburg (fig. 24) y los métodos de Henkel y Arend, citados por FALSIA²⁸, son los últimos recursos, fracasados los cuales no queda otra solución que la histerectomía.

Método de Henkel. — Consiste en colocar dos pinzas de Musseux, una en cada parametrio, para pinzar las arterias uterinas. Es un método ciego que lesiona muchas veces el uréter, por lo que no debe emplearse.

Método de Arend. — Consiste en acodar las arterias uterinas mediante la tracción violenta del cuello con unas Musseux. Este proceder es inocuo, aunque sus éxitos son más teóricos que reales.

Cuando la hemorragia tardía es por retención parcial se distingue de las hipotónicas porque el útero, aunque sangre, no está ni aumentado de volumen ni blando y la indicación es la revisión uterina aconsejada por ECALLE²⁹ seguida de la extracción *manual* de los restos retenidos.

Retención total o parcial de la placenta. — Nos referimos a la retención pura, sin hemorragia, pues cuando ésta existe, la conducta a seguir ya ha quedado reseñada.

La **retención placentaria total** tiene un límite de expectación que, si bien es verdad que puede ser muy largo en las Maternidades y Hospitales, no puede serlo en el medio domiciliario, ya sea urbano o rural, por las necesidades lógicas de desplazarse el médico. Nosotros lo alargaremos hasta las dos horas y afirmamos que cuando transcurrido este tiempo la placenta no fué expulsada espontáneamente, es que algún hecho anormal lo impide y debemos intervenir, extrayéndola.

El alumbramiento espontáneo no tiene lugar por una de las siguientes contingencias: *a*) el útero atónico no se retrae, por lo que el despegamiento placentoparietal no se efectúa; *b*) el útero está contracturado, pero sin las

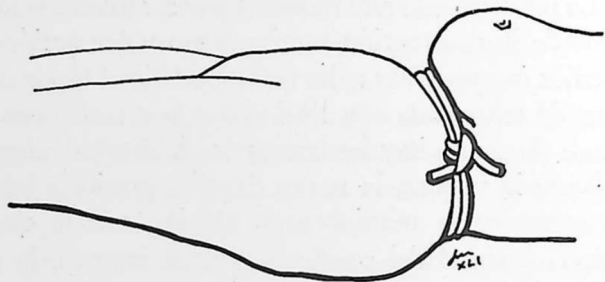


FIG. 24. — Tubo de Momburg aplicado. Por la compresión de la aorta se logra una relativa isquemia uterina y por otra parte la carboxemia del órgano favorecerá su retracción. (Copia de LIEPMANN.)

alternativas de retracción y contracción con relajación, indispensables para provocar el despegamiento placentario; *c*) la placenta está inserta patológicamente (acreta) con unas vellosidades arpones que, traspasando los límites de la caduca, se insertan en la capa areolar de la misma y aun en la muscular; *d*) la placenta se desprendió, pero no ha sido expulsada al exterior porque el útero la *engatilla* en un divertículo formado en su cavidad por una hipertonia localizada que provocó una intoxicación (cornezuelo) o excitación (manoseo, tactos, expresión, etc.).

No recurriremos al desprendimiento manual, pues con ser éste un método que no nos inspira los temores tan cacareados por sus detractores de principios de siglo, lo reservamos a los casos urgentes (hemorragia intensa) por la rapidez de su ejecución, o a resolver los casos en que fracasaron todas las tentativas. El remoto peligro de la infección provocada por nuestra mano que al despegar la placenta traumatiza y siembra, como dice el profesor NUBIOLA, la pared uterina, queda así reducido a un mínimo de casos en los que la urgencia vital que impone el estado de la paciente lo justifica.

Quedan dos métodos esenciales para provocar artificialmente el alumbramiento: el de Credé, ya estudiado, y el hidráulico o de Mojon-Gabastou.

Método de Mojon-Gabastou. — Consiste en la inyección intrafunicular (a través de la vena umbilical) por medio de una jeringa de Guyon de 400 a 600 centímetros cúbicos de una solución isotónica (suero) a la temperatura de 40° C.

La distensión de los vasos de las vellosidades da lugar a que aumenten todos los diámetros placentarios, reduciéndose por el hinchamiento placentario la zona de inserción en la pared uterina. Por rotura de la superficie materna se determina la formación de un higroma retroplacentario, y el calor del líquido inyectado despierta contracciones uterinas que coadyuvan al desprendimiento.

Al practicar este método es conveniente no olvidar las elementales normas de asepsia y antisepsia, pintando el cordón con yodo y esterilizando previamente la jeringa y el líquido a inyectar.

El por algunos denominado *método hormonal del alumbramiento* (inyección de pituitrina) no merece el calificativo de tal; surte sólo buenos efectos cuando el alumbramiento no tenía lugar por falta de contracciones uterinas (hiposistolia).

Retención parcial. — Se diagnostica por el examen de la placenta y membranas. La retención de cotiledones requiere la extracción manual de los mismos, aunque no originen hemorragia, por el peligro de infección o hemorragias tardías que encierra. La retención aislada de membranas no reviste, ni con mucho, tanta gravedad. Si la cantidad de membranas retenida es grande, se procederá a su extracción digital cuidadosa; la retención de pequeños colgajos se abandonará, colocando una pinza de Kocher en el extremo que asoma a la vulva y administrando ergóticos. Al segundo o tercer día del puerperio se tracciona suavemente de la pinza con ligeros movimientos de rotación y el residuo sale entero y sin violencia.

Inversión uterina. — Es la aparición al exterior de la cara cavitaria del fondo uterino a través del orificio cervical que, actuando de anillo estrangulador, impide su espontánea reposición.

Patogenia. — Para que este hecho patológico, raro, se establezca, precisa una condición previa, sin la cual no es posible: la hipotonía uterina.

Cuando las paredes uterinas después de la salida del feto no adquieren la tonicidad que les es propia, cualquier factor que empuje el fondo uterino hacia la cavidad (maniobra de Credé sin previo masaje), tumor abdominal, etc., o que tire de él hacia fuera (tracciones sobre el cordón), puede dar lugar al cuadro de inversión.

También puede darse el caso de la inversión espontánea cuando en un útero hipotónico la inserción placentaria en el mismo fondo produzca una ligera inversión del mismo por acción de su peso, y ésta se aumente con el esfuerzo abdominal. El hecho, sin embargo, es raro, y en los contados casos en que el útero puerperal se invierte, hay que buscar el antecedente de una maniobra intempestiva.

Constituída la inversión, el tumor es estrangulado en su pedículo por el esfínter cervical, lo que produce una dificultad en la circulación de re-

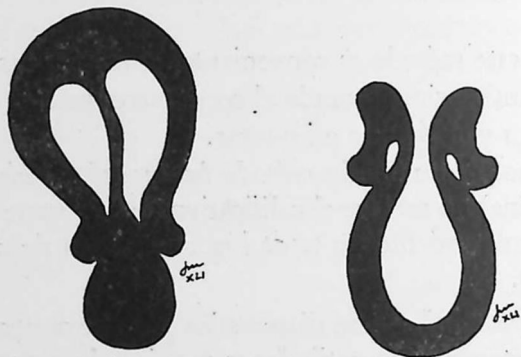


FIG. 25. — Diagnóstico diferencial entre un pólipo intrauterino y la inversión del órgano. En el primer caso se palpa el globo uterino y en el segundo no. Si introducimos la punta de un histerómetro entre el tumor y el anillo cervical, en el pólipo penetra profundamente y en la inversión no.

torno en el mismo, edema, aumento de volumen, y la reducción espontánea, posible en los primeros instantes, se hace cada vez más difícil.

Síntomas. — *Shock* y *hemorragias*. — La causa del *shock* hay que buscarla, por una parte, en las intensas tracciones ligamentarias del útero desplazado, y por otra, a una acción mecániconerviosa de los vasos esplácnicos. La hemorragia se presenta principalmente en la zona que fué de implantación placentaria, cuando ésta se desprendió y es abundante. Cuando la placenta continúa adherida, la hemorragia no es nunca tan copiosa. La hemorragia es debida a la hipotonía uterina exagerada por la estasis local a consecuencia de la constricción.

Por los genitales aparece una *tumoración* rojiza y sangrante que se distingue de un pólipo uterino: 1.º, porque por palpación abdominal no se encuentra cuerpo uterino, y 2.º, porque introduciendo la punta de un histerómetro entre el anillo cervical y el pedículo del tumor no profundiza (figura 25).

CONDUCTA A SEGUIR. — La urgencia evidente de esta contingencia rara y grave viene impuesta por las dos complicaciones inmediatas estudiadas (*hemorragia* y *shock*) y otras tardías (*infección* y *necrosis isquémica del órgano estrangulado*), no menos graves que las anteriores.

La indicación es siempre la reducción. Bajo anestesia general y sin desprender de momento la placenta, si está aún inserta, se intenta la taxis

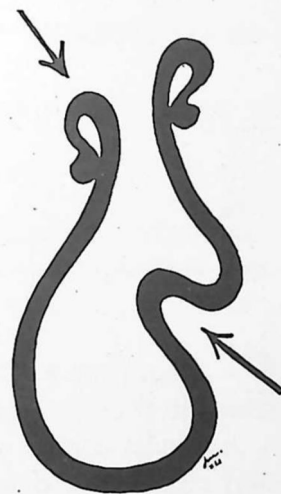


FIG. 26. — Taxis manual del útero puerperal invertido. Con una mano se presiona lateralmente el tumor y con la otra a través del abdomen se empuja el cono abdominal de inversión hacia abajo por el otro lado.

manual. Para ello, después de evacuar la vejiga, se impulsa la pared uterina por el punto más próximo al anillo cervical estrangulador, mientras con la otra mano se deprime por el abdomen el cono de inversión por el lado opuesto (fig. 26).

Lograda la reposición, debe mantenerse ésta por un taponamiento bien apretado. Cuando fracasa este medio, se impone la reposición operatoria. Por vía vaginal, se divide el anillo de constricción; previa colpotomía, se repone el útero y se suturan con catgut las incisiones.

La histerectomía en la inversión reciente no debe practicarse nunca; la reservamos sólo para los casos que llevan muchas horas o días, en los que si bien los hechos inmediatos de *hemorragia* y *shock* han sido sorteados, quedan sin resolver los tardíos de *infección* y *necrosis*.

En estos casos no debe ser introducido en la cavidad abdominal un órgano suspecto: es mejor la histerectomía.

CAPITULO IV

LA URGENCIA EN EL PUERPERIO

Entendemos por tales todas las urgencias que pueden presentarse desde el instante en que ha salido la placenta hasta los cuarenta días después del parto.

Desgarros cervicales y vaginales. — La primera urgencia que puede surgir al iniciarse el puerperio es la dimanada de las lesiones traumáticas ocasionadas en el conducto cérvicovaginal.

No son urgencias por la hemorragia (pues si la dan copiosa quedan incluidos en el apartado primero del capítulo anterior), pero las consideramos como urgencias porque reclaman una intervención inmediata si no se quiere que reste un recuerdo indeleble del parto habido.

Los desgarros cervicales y vaginales no reparados inmediatamente después del parto cicatrizan por segunda intención, dan lugar a bridas y sinequias y producen retracciones cicatrizales que ocasionan ectropión de la mucosa endocervical con la consiguiente leucorrea, metritis, esterilidad y posibilidad de que asiente sobre estas regiones distópicas una neoplasia maligna (carcinoma). Por otra parte, las dislaceraciones cérvicovaginales durante el puerperio son una puerta de entrada de infecciones del tejido conjuntivo pelviano.

PATOGENIA. — Los desgarros cervicales son, como ha dicho BUMM³⁰, roturas por hiperdistensión. La boca uterina sufre la distensión máxima en sentido circular y se rasga, cuando se sobrepasa el límite, por uno o ambos lados. Los partos operatorios son los que originan mayor número de rasgaduras cervicales, principalmente cuando se iniciaron las maniobras sin una completa dilatación, pero en el parto espontáneo rápido, con feto voluminoso y en las primíparas añosas, es un hecho corriente y habitual.

Las rasgaduras de la vagina interesan generalmente las partes inferiores de la misma y se combinan con las del perineo o se producen en la parte alta de los fondos de saco y acompañan a los desgarros cervicales. Son raras las rasgaduras de la parte media de la vagina debido a la gran distensibilidad de este conducto en esta región; mas cuando ello sucede (feto voluminoso, cucharas del fórceps) son extensas y múltiples y originadas por distensión.

La profilaxis de estas lesiones traumáticas consiste en evitar en lo posible la exagerada distensión del conducto del parto y no maniobrar, si es factible, más que con dilatación completa.

Claro está que por medio de intervenciones ginecológicas plásticas puede el caso resolverse tiempo después del parto, pero precisamente, con fines beneficiosos para la enferma, puede ello evitarse si, considerándolos urgencias del puerperio, van seguidos de una inmediata y adecuada intervención.

CONDUCTA A SEGUIR. — Después de todo parto, aunque sea normal, recomendamos la sistemática revisión del conducto genital interno por medio de unas valvas. Es una mala norma prescindir de la revisión por el pretexto de que, como no hay pérdida abundante, no puede haber lesiones traumáticas. Hay desgarros que no sangran, o sangran muy poco, porque no lesionan vasos de calibre o porque la misma naturaleza de la lesión traumática (obtusa, contusiva) no se manifieste de momento con hemorragias, a pesar de su extensión y profundidad. Descubierta la lesión traumática se procederá a su reparación por sutura con catgut. Se procurará en lo posible restablecer anatómicamente el cuello, si éste está lacerado, y se evitará que la sutura de los desgarros de la vagina no dé lugar a la estenosis de este conducto.

Desgarros del perineo. — Las dilaceraciones del perineo, por los mismos motivos apuntados a propósito de las cervicovaginales, son urgencias por reclamar, en beneficio inmediato (infección) o tardío (prolapsos, incontinencias) de la puérpera, una pronta reparación.

PATOGENIA. — Para comprenderla perfectamente precisa una previa y breve enumeración de las fases que en el proceso del desprendimiento de la presentación distingue GONZÁLEZ³¹ correspondientes al paso de la misma por cada una de las porciones que, en número de tres, considera el mentado autor idealmente dividido el perineo:

Primera fase o preparatoria: Es aquella durante la cual la presentación recorre la porción *coccianal* del perineo.

Segunda fase o previa: Es aquella en la que la presentación recorre la porción *central o transversa del perineo*. La presentación en esta fase abomba el perineo, lo distiende, y éste reacciona elásticamente y la hace retroceder.

Tercera fase o precursora: En esta fase la presentación aflora la región vulvar y el perineo claudica, se sincopa, no respondiendo elásticamente.

Cuarta fase o crítica: Es la del desprendimiento.

El desgarro sobreviene generalmente durante la tercera o cuarta fase, siendo raro en la primera y segunda, ya que durante las mismas el perineo reacciona luchando, por decirlo así, contra el embate de la contracción uterina.

La rotura perineal puede tener lugar de dentro a fuera, rompiéndose primero la mucosa, y muscular y estallando secundariamente la piel, o de fuera a dentro, iniciándose la lesión en la piel y propagándose secundariamente a las capas profundas.

El primer mecanismo se da en los partos operatorios, en los que la distensión alcanza tardíamente la piel (maniobras internas), y el segundo en los partos espontáneos. En estos últimos el perineo no se rompe hasta que la presentación aflora la vulva, y es entonces cuando la distensión total del mismo inicia un desgarro por su parte menos extensible (piel), desgarro que se extiende a las capas profundas cuando la distensión es de cierta intensidad.

Las *causas* del desgarro perineal hay que buscarlas en una desproporción absoluta maternofetal, en una labilidad tisular materna a la distensión (hipoplasia, añosas) o en una hiperdistensión de un perineo normal (operatoria, mala presentación fetal).

PROFILAXIS. — Desde Hipócrates ha sido una preocupación (aceites, pomadas, baños emolientes, etc.³²), pero no siendo nuestro propósito adentrarnos en este tema, que se apartaría de la tónica general del libro y ya fué hecho en otra ocasión³³, resumiremos a cuatro los métodos profilácticos: las maniobras de Rintgen y Olhausen, la posición de Schultze, el método de Bello y la episiotomía.

Maniobras de Rintgen y Olhausen. — Consisten en la prehensión, con dos dedos perineales en la primera y rectales en la segunda, de las tuberosidades frontales de la presentación e, impidiendo el retroceso de la misma, se conduce lenta, paulatina y gradualmente a la extensión cefálica.

Posición de Schultze. — Es la posición obstétrica con hiperextensión lumbar lograda mediante la colocación de una almohada en esta región. Mediante ella se relaja el elevador del ano.

Método de Bello. — Consiste, como indica la figura 27, en una perineorrafia por transfixión, previa al desprendimiento fetal³⁴.

Episiotomía. — El último recurso de la profilaxis contra un desgarro perineal es realizarlo nosotros quirúrgicamente en una zona adecuada. Cuando a todas luces es inevitable el desgarro perineal, la episiotomía viene a ser un buen recurso, pues huye de las regiones peligrosas (ano) y realiza un desgarro limpio, fácilmente coaptable y de las dimensiones suficientes. Hay varios tipos de episiotomías, como puede verse en la figura 28; nosotros preferimos la de Eichelberg.

La episiotomía, intervención de urgencia ante el estallido perineal an-

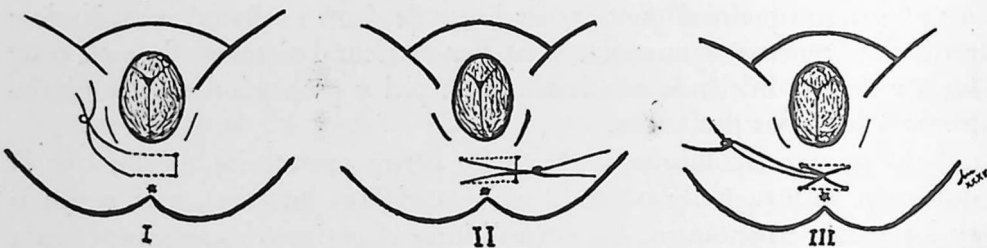


FIG. 27. — Perineorrafia por puntos previos de Bello.

fractuoso, se practica preferentemente con unas tijeras, previa rasura de los grandes labios y sin anestesia, aprovechando el dolor de una contracción expulsiva.

Conducta a seguir. — Ante el desgarro perineal consumado se impone su reparación. Preferimos la sutura en masa (evita espacios muertos y, por consiguiente, hematomas) a la por planos y la verificaremos con crin de Florencia y la aguja de Emmet.

Reservamos el catgut para la sutura esfinteriana, si el desgarro es completo, y sólo emplearemos los ágrafes de Michel para los desgarros de la piel.

Los puntos se retiran a los siete días, y si el desgarro no prendió, lejos de abandonar el caso a un segundo tiempo tardío y ginecológico de plastia, aconsejamos, previa raquianestesia o general cloretílica, el raspado brutal con una cucharilla de los bordes del desgarro y la práctica inmediata de una nueva sutura.

En los casos de edema perineovulvar considerable, aconsejamos la sutura perineal tardía (a las cuarenta y ocho horas) cuando el edema ha disminuído y deja ver claramente la extensión de las lesiones. La sutura inmediata en estos casos da muchos fracasos, pues al disminuir la vulva de volumen, los puntos dejan de coaptar y la sutura no prende.

Hemorragias. — Nos referiremos aquí a las llamadas por los autores *hemorragias tardías* del puerperio.

Son *siempre* urgencias, ya que por su copiosidad ponen las más de las veces en peligro la vida de la paciente y requieren un tratamiento activo inmediato.

Aparecen entre los días séptimo y trigésimo; bien instaurándose de manera paulatina (después de unos días de loquios hemáticos, sobreviene la

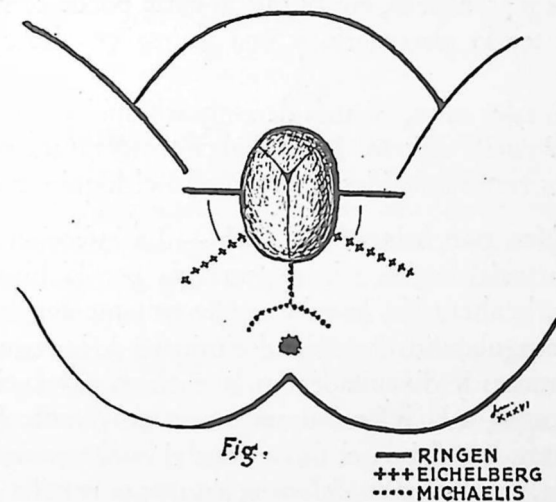


FIG. 28. — Diferentes tipos de episiotomía.

hemorragia), bien sin aviso de ninguna clase, surge ésta potente y amenazante de manera súbita.

PATOGENIA Y DIAGNÓSTICO. — Pueden ser debidas a retención, a infección uterina localizada, a una hipotonía muscular, a procesos paramétricos puerperales, a la existencia de miomas o consecutivas a heridas que se produjeron durante el parto y que por los motivos que veremos, sangraron tardíamente.

Vamos a considerarlas por separado estudiando el mecanismo de su producción en cada caso y el diagnóstico diferencial de unas formas con otras.

Hemorragias por retención. — Pueden ser debidas a una retención grosera de restos placentarios cuando el alumbramiento no se realizó correctamente, retención de un cotiledón en una placenta accesoria o a la retención de residuos coriales, no superficiales y unidos a la pared uterina por un simple pedículo, sino íntimamente penetrantes en el espesor del mio-

metrio. Esto último sería debido al desarrollo anormal de la placenta en los estratos profundos de la decidua basal y daría lugar a que el tejido corial retenido corroyese los vasos uterinos. Por otra parte, la infiltración corial entre las fibras musculares da lugar a un trastorno involutivo, por lo que la hemostasia se verificaría mal y tardíamente.

La retención de restos groseros da lugar a hemorragias, y la sangre, depositándose sobre la superficie rugosa de los mismos, se organiza y constituye los pólipos placentarios, en los que al corte puede comprobarse el núcleo central del tejido placentario y una gruesa envoltura de fibrina organizada.

El útero, en tales casos, además de sangrar, está ligeramente subinvolucionado y con el cuello abierto. Puede haber temperatura por putrefacción o infección de los restos retenidos, en cuyo caso el loquío es fétido.

Hemorragias por infección local. — La infección endouterina localizada (endometritis) ocasiona la metrorragia por la hiperemia inflamatoria del órgano, la alteración hemática concomitante con la infección (disminución de la coagulabilidad), reblandecimiento de los trombos intrauterinos por los gérmenes y dificultades en la correcta involución por paresia muscular consecutiva a la infección mucosa suprayacente (ley de Stokes).

En tales casos, hay fiebre, el útero tiene el *cuello cerrado*, y al tacto se aprecia *globuloso, ingurgitado y doloroso*, sin que se perciba ocupación parametral ni tumoraciones anexiales.

Hemorragias por hipotonía uterina. — En este caso la hemorragia es debida simplemente a un trastorno en el mecanismo de la hemostasia (retracción).

Como factores causales de la hipotonía se citan el parto rápido, el hidramnios, el gemelar, el exceso de volumen fetal, etc., que, originando una hiperdistensión de la fibra muscular, dificultan su retracción ulterior.

Una ingurgitación (estreñimiento), un aumento de la presión sanguínea genital (esfuerzos al levantarse, baños de asiento, impresiones, etc.) son suficientes para desencadenar la hemorragia tardía en un útero que realizó deficientemente la hemostasia de sus vasos abiertos.

El útero *no es doloroso, no hay fiebre, el cuello está cerrado*, pero todo el órgano está aumentado de volumen, *no se percibe nada anexial ni parametral, el loquío no es fétido.*

Hemorragias por parametritis. — Las infecciones puerperales localizadas en el tejido conjuntivo pelviano o en los anexos originan por la con-

gestión pelviana concomitante, las adherencias y bridas que dificultan la involución, etc., las hemorragias.

Por exploración combinada se tacta la *infiltración parametral* o la *tumoración anexial*.

Hemorragias por tumores. — Los miomas intraparietales y subserosos ocasionan hemorragias uterinas tardías por dificultar la involución. Los quistes del ovario, cuando desplazan el útero hacia arriba o la vejiga y recto distendidos, pueden por idéntico mecanismo ser causa de hemorragias. Los fibromas submucosos y el cáncer uterino dan hemorragias por corrosión vascular.

Hemorragias tardías por heridas. — Las causas que provocan tales hemorragias secundarias son diversas. Es posible que el útero herido en el momento del parto, espontánea u operatoriamente, se contraiga bien después del mismo, y en tal caso los vasos erosionados sean comprimidos y se establezca su hemostasia. Si por cualquier causa durante el puerperio se relaja el útero antes de que la reparación de la lesión haya tenido efecto, sobreviene la hemorragia. La fusión microbiana de los trombos obturadores, cuando hay una endometritis, es también causa de hemorragia, y por fin, la eliminación tardía de una escara secundaria a una compresión o tracción patológica en curso de parto, hecho que puede tener lugar al aumentar la presión sanguínea en el territorio genital (esfuerzos, defecación o micción, levantamiento prematuro, etc.) da lugar a la institución de una herida sangrante al cabo de muchos días del parto.

El diagnóstico de este tipo de hemorragias sólo puede hacerse por exclusión de los demás casos, previa exploración uterina cuidadosa y habida cuenta de los antecedentes del parto.

CONDUCTA A SEGUIR. — En las hemorragias por retención, la indicación única es la evacuación por medio del *legrado digital*.

No debe hacerse *nunca* un legrado instrumental en un útero puerperal hasta pasada la quinta o sexta semana del parto. Ultra los peligros inherentes a una fácil perforación de las reblandecidas paredes uterinas, hay que tener en cuenta que la cucharilla abre los senos venosos trombosados, sembrando gérmenes que pululan por la cavidad uterina y dando lugar a tromboflebitis y piemias.

En las hemorragias por infección uterina local no hay otro recurso, si son realmente intensas, que la histerectomía. Cuando la hemorragia se cohibe, puede ensayarse el tratamiento genital a base de irrigaciones vaginales muy calientes con substancias antisépticas [permanganato al 0,25 por 1.000,

aceite esencial de trementina al 15 por 1.000 (1)], supositorios vaginales de glicerina con yodoformo (0,15 gramos), tigenol o ictiol (0,4 gramos), administración de ergotina, ginergeno, pan-ergot, quinina, pituitrina, extracto de cornezuelo Zeltia, etc., que, conduciendo a una mayor involución uterina, cierran bocas a la infección y a la hemorragia, pero siempre preparados a la intervención de urgencia si la hemorragia repite.

En las hemorragias por subinvolución, la terapéutica es exactamente la misma de las hipotónicas del alumbramiento, y en las debidas a tumores y heridas, la terapéutica será sintomática, a menos que el cuadro grave obligue a una intervención histerectómica. La contraindicación a la histerectomía de los casos con lesiones periuterinas no merece mucha consideración, pues deben comprenderse los motivos si nos hacemos cargo de las lesiones (difusión del proceso, dificultades técnicas por las adherencias, etc.). Como estas hemorragias no acostumbra a ser intensas, bastará un simple tratamiento sintomático (antiflogístico), y sólo cuando fracasa recurriremos al taponamiento en espera de que la localización del proceso permita por vía vaginal una doble acción sobre el mismo y sobre la hemorragia (colpotomía simple o seguida de histerectomía).

Fiebre. — El puerperio debe ser apirético. — Toda elevación de temperatura que sobrevenga después del primer día, aunque sea de poca intensidad, debe inspirar cuidado.

La fiebre del primer día (unas décimas) no tiene valor patológico; para unos sería una fiebre de fatiga muscular, y para otros debida a la absorción de productos pirogénicos provenientes de albúminas tisulares desintegradas (fiebre aséptica).

A partir del primer día, toda elevación térmica debe hacernos temer una infección y desterrar para siempre el concepto vulgar, tan difundido, de que la subida de la leche se efectúa con elevación térmica.

Tiene, en cambio, mucho valor la disociación de la relación pulso-temperatura en el sentido de una aceleración paulatina del pulso (signo de Mahler). La taquicardia *indicaría la existencia de un obstáculo* (trombosis en la circulación vascular, por lo que es un síntoma de mal pronóstico).

Ante la aparición del síntoma fiebre en una puérpera, debe *procederse inmediatamente a la exploración general y genital* de la misma, a fin de poder instituir con la mayor rapidez posible la terapéutica adecuada.

Pecisa un examen general, pues no debe olvidarse que en la puérpera pueden aparecer reacciones febriles de tipo infantil capaces de hacer creer

(1) Emulsionado con tintura del Panamá.

por su intensa violencia en una grave infección puerperal, cuando en realidad se trata de una trivial angina catarral, por ejemplo, de una afección gripal, una infección endodigestiva, etc.

Del examen genital, que debe ser completo y minucioso, podemos sacar un dato de mucho valor cual es el de saber si la fiebre dimana de un proceso localizado en el mismo o si debe pensarse en un hecho septicémico.

Se procede empezando por los genitales externos, vulva y perineo, comprobando si existen lesiones en los mismos, así como su naturaleza y estado. Después, con buena luz y colocando valvas, se examinarán la vagina y el cuello, y por último, por el tacto vaginal, buscaremos el estado de *involución, movilidad y sensibilidad* uterina, no olvidando la exploración anexial y la del tejido conjuntivo pelviano, esto último comprobado más fácilmente por tacto rectal.

Este examen debe completarse de la observación organoléptica (no hablamos de los exámenes bacteriológicos, inasequibles en el medio rural) de la secreción loquial. Los loquios *abundantes, de color agrisado feo y fétidos*, hablan en favor de una afección genital local.

Descartada la afección médica general y la genital local, sólo queda como causa de la fiebre la septicemia puerperal, distinguiéndose una forma de la otra los dos tipos de la misma (septicemia propiamente dicha y piemia) por el cuadro sindrómico general. Mientras en la septicemia predominan por su intensidad los síntomas generales, lo que demuestra su toxicidad, se caracteriza la piemia por grandes escalofríos seguidos de elevación térmica, y ésta, a su vez, de descenso térmico rápido hasta casi la normalidad, hecho que se repite a intervalos.

Las formas generales de fiebre puerperal pueden ser secundarias a una forma genital localizada, pero las lesiones locales quedan obscurecidas ante la intensidad de los síntomas generales, por lo cual lo que dicho queda de diagnóstico diferencial no debe modificarse.

CONDUCTA A SEGUIR. — Tratamiento local y tratamiento general.

Tratamiento local. — Soltar los puntos en las perineorrafias infectadas, lavados de la región con líquido de Dakin en irrigación continua. Irrigaciones vaginales calientes de más de dos litros con permanganato potásico al 0,25 gramos por 1.000, con aceite esencial de trementina al 15 por 1.000, óvulos vaginales de glicerina con tigenol, ictiol, yodoformo o ácido láctico (al 5 por 1.000), aplicación de cataplasmas de antiflogistina o simplemente de harina de linaza en la región hipogástrica, aplicaciones locales de hielo, etc.

Tratamiento general. — Antitérmicos como la quinina, la que a esta acción añade su efecto sobre la involución uterina. Se emplea asociada al cornezuelo de centeno, que refuerza esta última acción, antisépticos generales como la urotropina, las acridinas, los sueros y vacunas curativas antiestreptocócicos (estas últimas de acción mucho más incierta que los sueros), las sulfamidas (pental, amidosulfol, prontosil, neopental, azol), el tratamiento de Fochier o del absceso de fijación (uno o dos centímetros cúbicos de aceite esencial de trementina inyectados por vía subcutánea en la región súperoexterna del muslo y desbridamiento cuando supure), tónicos generales cardiovasculares, etc.

Síntomas urinarios y nerviosos. — *Síntomas urinarios.* — La imposibilidad de vaciar totalmente la vejiga que se observa en la puerpera durante los primeros días que siguen al parto es fisiológica y debida a cambios de la presión intraabdominal, a una disminución del reflejo vesical de tensión (la vejiga deja por ello distenderse en demasía) y a edemas y acodamientos de la uretra secundarios a magullamientos del parto.

Cuando las circunstancias son normales, acomodados los órganos a su nuevo estado, la mujer realiza paulatinamente micciones cada vez más abundantes y desaparece la retención parcial. De no suceder ello y establecerse la iscuria, recomendamos *no recurrir al cateterismo* más que después de fracasados todos los medios (aplicaciones calientes, hacer sentar a la paciente, expresión ligera de la pared abdominal), por el gran peligro que entraña de infección vesical, aunque se realice con las máximas precauciones asépticas.

Si nos vemos precisados a practicar el cateterismo, amén de extremar las precauciones recomendadas para su práctica, se instilará, una vez vacía la vejiga por la misma sonda, nitrato de plata al uno por dos mil en cantidad de unos 50 a 60 gramos que se dejan en la misma.

Incontinencia. — Consecutiva a lesiones traumáticas del esfínter vesical, no debe confundirse con las fístulas véscovaginales, en las que la paciente se moja también involuntariamente.

El diagnóstico diferencial se hace por exploración vaginal previo el relleno vesical con una substancia coloreada (leche, azul de metileno en solución acuosa). Si no se observa la salida del líquido coloreado por ningún punto de la vagina, se tratará de una incontinencia.

El tratamiento inmediato es nulo; generalmente mejora y cura con el tiempo, y, de no ser así, escapa de nuestra esfera para entrar en la del

urólogo. Puede ensayarse un tratamiento general estrícnico o la colocación de un pesario de anillo cuando exista un cistocele, pues la tracción que la pared vaginal anterior prolapsada ejerce sobre el labio posterior del cuello vesical lo entreabre.

Síntomas nerviosos del puerperio. — Las pareasias puerperales son debidas, unas veces, a magullamientos nerviosos directos ocasionados por la presentación sobre los últimos nervios lumbares en el cruce de los mismos con la línea innominada o sobre el plexo sacro. Otras veces, las compresiones nerviosas se deben a exudados o hematomas intrapélvicos.

Los magullamientos no requieren tratamiento externo ni electroterápico, sino simplemente expectante, pues de ordinario mejoran con el tiempo. Las compresiones ocasionadas por exudados requieren un tratamiento quirúrgico rápido si no se resorben éstos con relativa brevedad. De otra forma nos exponemos a lesiones irreparables. El tratamiento será la evacuación de los mismos.

En orden a frecuencia, las parálisis puerperales son la del peroneo (se nota tardíamente, cuando la paciente se levanta, por la dificultad en la marcha), siguiendo después la ciática, la de los nervios glúteos superior e inferior y la del crural.

Complican muchas veces el puerperio de las laboriosas extracciones manuales o fórceps.

Mastitis (1). — *Es la infección de la glándula mamaria.*

PAТОГЕНIA. — Hay una forma linfangítica y una forma canalicular.

Forma linfangítica. — La puerta de entrada es una escoriación (generalmente del pezón o aréola). Desde allí se difunde por vía linfática al tejido conjuntivo peri y paraglandular, originando la mastitis intersticial de los antiguos. Puede resolverse sin supurar, pero lo corriente es la fusión purulenta, originándose un absceso que precisa dilatar.

Forma canalicular. — Menos frecuente que la anterior, la infección remonta desde la aréola y el pezón, que no presentan escoriaciones, por los conductos galactóforos a los acini glandulares. Ocasiona nódulos duros que pueden resolverse espontáneamente o supuran, en cuyo caso, amén de salir pus por el pezón, la infección se propaga al tejido conjuntivo periacinoso y se constituye un absceso.

SÍNTOMAS. — Los corrientes de la inflamación (dolor, rubor y calor), acompañados de fiebre algunas veces elevada y estado general saburral.

(1) V. *Abscesos y flemones*, del Dr. E. HERNÁNDEZ LÓPEZ, *Manuales de Medicina Práctica*, Salvat E., Barcelona, 1941. (N. del E.)

CONDUCTA A SEGUIR. — Establecido el diagnóstico, debe suprimirse la lactancia con el pecho enfermo.

La experiencia enseña que una mastitis tiene tantas mayores probabilidades de curación cuanto más pronto queda el pecho en reposo y no se le utiliza para la lactancia.

Si bien es verdad que la bolsa de hielo calma los dolores, obra desfavorablemente sobre el proceso infeccioso. El calor suave y húmedo es en todos los conceptos ventajoso. Lo mismo puede decirse de la congestión pasiva de Bier.

En la mastitis supurada huímos de la incisión precoz que, lejos de impedir la propagación del proceso, la favorece, especialmente en las formas flemonosas. Nunca se practicará la incisión en *sentido oblicuo o transversal*, pues se seccionarían los galactóforos y podría quedar una fístula. Se elegirá para practicarla el punto más declive; se le dará una *dirección radial* desde el pezón a la base, y no se prolongará por los lados ni en profundidad hasta los tejidos sanos, con objeto de no abrir nuevas vías a la infección.

No debe vaciarse el absceso por expresión (peligro de difusión); es mejor, si el pus es espeso, la aspiración por medio de una ventosa.

Debe dejarse un drenaje poco apretado a fin de que no actúe de tapón.

Urgencias quirúrgicas de la fiebre puerperal. — Hablaremos aquí de las indicaciones de la histerectomía, de la ligadura de las venas de la pelvis y del tratamiento de urgencia de los exudados paramétricos y de la peritonitis puerperal.

Indicaciones de la histerectomía. — Son mucho más limitadas que años atrás, cuando comparando el órgano uterino infectado a un miembro gangrenoso o flemonoso, se quería aplicar el mismo radicalismo quirúrgico (amputación).

Se sabe hoy que el útero está raras veces infectado solo, y que la infección concomitante del peritoneo, *venas* y linfáticos de los ligamentos anchos, es lo que da generalmente al cuadro síntomas precisamente de mayor importancia que los ocasionados por la lesión uterina aislada.

Si lo que deseamos es el drenaje pelviano, éste puede realizarse sin necesidad de recurrir a la histerectomía, colocándolo en un punto declive peritoneal (DOUGLAS). La histerectomía por infección puerperal sólo está indicada:

- a) Cuando hay en el útero un mioma esfacelado.
- b) Cuando la sepsis puerperal se acompaña de rotura del órgano.
- c) Cuando se desarrolla un absceso solitario en la pared uterina.

Esto último no se diagnostica nunca en la práctica, pues se confunde con un piosalpinx.

Cuando se recurre a la histerectomía debe darse preferencia a la vía vaginal, pues aunque proporcione menos campo de visualización de las lesiones que la vía abdominal, tiene la ventaja de no abrir nuevos cauces, en tejido sano, a la propagación de la infección.

Ligadura de las venas de la pelvis. — Propuesta por TRENDELENBURG por la analogía que existe con la ligadura de la yugular interna en las trombosis del seno lateral. El método se funda en la extirpación del principal foco o lesión secundaria, que reside casi siempre en la tromboflebitis de las venas del ligamento ancho y en particular en las ováricas.

La intervención se lleva a cabo por vía trans o extraperitoneal, prefiriendo la mayoría de los cirujanos el método transperitoneal.

Las dimensiones considerables y la sensibilidad dolorosa del útero, los loquios fétidos y los signos que denotan el interesamiento del peritoneo, como la distensión y dolores del abdomen, indican que se trata de algo más o distinto de la tromboflebitis y, por lo tanto, contraindican la operación.

Exudado paramétrico. — Mientras el exudado está constituyéndose, la infiltración es dura y el pus no se ha coleccionado, el tratamiento debe ser conservador (antiflogístico).

Cuando se llega a la fusión purulenta, está indicada la intervención quirúrgica. La elección del punto de abertura de la colección se determina por la localización y extensión de la misma, siendo los más usuales la región inguinal por encima del ligamento de Poupart y los fondos de saco vaginales (colpotomía anterior, posterior o laterales).

Peritonitis. — La indicación de la laparotomía exploradora con lavado etéreo o sérico de la cavidad peritoneal en los casos de peritonitis puerperal ha sido resucitada en estos últimos tiempos por BUMM, BENTHIN y otros.

Dado lo grave del caso, y sin otro camino que seguir, cuando estemos convencidos de que *no hay limitación* en el proceso (en cuyo caso la indicación es la espera para no difundirlo si se acantona), debe ensayarse el método, simplificándolo al máximo en el sentido de practicar una abertura media suprasinfisiaria que permita sólo el paso de dos dedos y las correspondientes contraaberturas necesarias para establecer un perfecto drenaje con tubos de goma. Por estos mismos tubos puede lavarse la cavidad peritoneal con éter (acción germinicida y excitadora de la actividad intestinal), sin exponer a la mujer a los peligros del lavado, con evisceración previa, que se practicaba en los prístinos albores del método.

Embolia de la arteria pulmonar durante el puerperio. — Es secundaria a una trombosis aséptica o infecciosa.

El émbolo desprendido de algún seno uterino o de alguna vena pelviana es arrastrado por la corriente sanguínea por los amplios vasos, hipogástrica y cava, desde donde es llevado al corazón. De él sale por las arterias pulmonares, amplias también, pero al llegar al pulmón es obligado a discurrir por vasos de menor calibre y se queda detenido en uno de ellos (el que por su tamaño no lo admite). La zona que debería irrigar el vaso obturado se altera, sobreviniendo trastornos cuya intensidad depende de la importancia y extensión de la misma. Si el infarto pulmonar es considerable, sobreviene la muerte, y si es de poca extensión, como quedan partes pulmonares todavía irrigadas, la enferma puede reponerse, evolucionando el cuadro favorablemente.

Síntomas del caso grave. — *Dolor agudo, en puñalada, taquicardia, disnea, cianosis y esputos hemáticos.*

CONDUCTA A SEGUIR. — Operación de Trendelenburg. La practicaba su autor en cuarenta y cuatro segundos y consiste en la abertura y extracción del émbolo de la arteria pulmonar, previa resección temporal de las costillas segunda y tercera.

La operación sólo es practicable en los casos graves que sobreviven algún tiempo (el primer cuarto de hora). Su gravedad no ha hecho esperar de ellas los resultados que inspiraron su ideación al autor mencionado.

En los casos menos graves estarán indicadas la revulsión, la escarificación y las ventosas, la administración de tónicos cardíacos *larga manu* y la vigilancia más estricta del cuadro pulmonar para despistar en sus inicios el establecimiento de una supuración.

No debe dejarse movilizar a la enferma mientras el pulso no haya adquirido durante unos días su frecuencia normal.

APENDICE

El «shock» obstétrico. — Introducido en la nosografía tocológica en 1908, hay que distinguirlo en: *esencial* y *sintomático*. Estudiaremos nosotros aquí sólo la primera forma, ya que el *sintomático*, integrado por síndromes de *shock* concomitantes con hechos patológicos que pueden coincidir en el acto del parto (intoxicaciones, hemorragias, traumatismos, afecciones cardíacas, etc.), no merece un estudio aparte, pues en su lugar correspondiente ya fué enumerado el *shock* como uno de los síntomas de la afección o incidente urgente que estudiábamos.

«Shock» esencial. — **Síntomas.** — Sobreviene generalmente en el intervalo entre el desprendimiento fetal y el alumbramiento o una hora y media, como máximo, después de éste. El comienzo es brusco. *Hipotensión persistente, pulso pequeño y taquicardia, palidez, sudoración profusa y fría, respiración superficial y frecuente, estado psíquico indiferente, náuseas, vértigos, zumbidos de oído* (cuadro de anemia aguda sin hemorragia).

El **diagnóstico** debe establecerse con la hemorragia aguda y con los cuadros de *shock* sintomáticos (rotura o inversión uterina, etc.).

En realidad, la palidez del *shock* es menos intensa que la de la hemorragia; el estado general de la paciente sufre en el *shock* alternativas de mejoramiento y agravación, hecho que no sucede nunca en la hemorragia; la taquipnea intensísima de la hemorragia no es nunca tan alarmante en el *shock*, y por último la exploración genital interna o externa no da en el *shock* ningún dato que haga presumir una hemorragia interna (globo uterino indoloro, pequeño, duro).

Patogenia. — Poco, muy poco sabemos de ella; sin embargo, por analogía con el *shock* traumático de patología quirúrgica, bien estudiado, podremos trazar un esbozo suficiente para tener una idea de su patogenia.

Como consecuencia de una *pequeña* pérdida de líquido debida a la constitución de un edema local en la zona traumatizada (en nuestro caso,

región genital) sobreviene una alteración de las condiciones físicoquímicas del plasma con la consiguiente modificación de los equilibrios coloidal y iónico. En tales circunstancias, los propios elementos del plasma así modificados actúan como principios causantes (venenos) de la hipotensión, y ésta, provocando una disminución del volumen de sangre circulante, establecería el *primer círculo vicioso* tan típico del *shock*, de aumentar a su vez la hipotensión.

La hipotensión, por otra parte, da lugar a una disminución de la irrigación tisular. Como consecuencia de este hecho, aumentan las alteraciones cualitativas de los equilibrios físicoquímicos del plasma y ello repercute a su vez aumentando la hipotensión (*segundo círculo vicioso del «shock»*).

CONDUCTA A SEGUIR. — La terapéutica debe ser *médica* y consiste en excitar el sistema nervioso cardíaco con aceite alcanforado, cafeína, espartéina, etc. Administrar suero glucosado, subcutáneo o endovenoso, salino bien caliente, adrenalina endovenosa, colocación de la enferma en posición de Trendelenburg, compresión abdominal, autotransfusión de sangre y heterotransfusión.

PADGET y ORR³⁵ han propuesto el tratamiento del *shock* obstétrico por inyecciones simultáneas de insulina y suero glucosado endovenoso.

La autotransfusión de sangre que hemos citado consiste en colocar a la paciente en posición de Trendelenburg, las cuatro extremidades levantadas verticalmente y entonces, empezando por el extremo distal de las mismas, se vendan fuertemente, a fin de hacer una suerte de expresión de los vasos sanguíneos. Después se coloca en la raíz de los miembros un tubo de goma circular bien apretado con objeto de que no circule sangre. De esta forma se aumenta la cantidad de sangre circulante por disminución de la superficie de irrigación y se combate la hipotensión.

La transfusión de sangre en obstetricia. — INDICACIONES. — *Anemia aguda y shock*.

Síntomas de la anemia aguda. — Es generalmente a partir de los 600 u 800 gramos de pérdida hemática cuando empiezan a dibujarse los síntomas. El primero en aparecer es la taquicardia, con pulso menos lleno y resistente que de ordinario.

Si la hemorragia continúa, el pulso se va haciendo depresible, incontable, filiforme. La cara se torna pálida, las mucosas se decoloran y la paciente se siente desfallecer con tendencias sincopales, zumbidos de oídos, vértigos y sensaciones nauseosas, así como empañamiento de la visión.

Un ligero estado de excitación ansiosa se instala entre la primera calma prehemorrágica y la posthemorrágica. La cianosis ocupa el lugar de la palidez, la enferma tiene sed de agua y de aire (taquipnea) y bien pronto se instaura un estado sincopal permanente.

Las variaciones individuales tienen mucho valor en el cuadro citado. Pequeñas hemorragias sobrevenidas de forma brusca en ciertas mujeres dan lugar a cuadros sintomáticos mucho más intensos que los que presentan otras pacientes con pérdidas mucho más abundantes acacidas de manera lenta.

REEB³⁶ y DIELMANN y DAILY³⁷ han empleado con éxitos lisonjeros la transfusión de sangre en obstetricia.

La técnica preferida es la directa de donador a receptor por medio de la jeringa de doble paso de Joubé, pero en el medio rural, donde no se tiene a mano la mentada jeringa ni se tiene hábito para su uso, es preferible el método indirecto o de la sangre citratada.

Determinados los grupos de donador y receptor, o simplemente del receptor si el donante es universal de la forma que veremos más adelante, se le extrae a este último por punción venosa una determinada cantidad de sangre (la que se crea necesaria), la cual se recibe en un matraz estéril que contiene una solución de citrato sódico *al cuatro por ciento*, en cantidad de una décima parte de volumen de la sangre que pensamos extraer.

Hay que procurar que la sangre caiga en chorro y rápidamente de la aguja a la solución y de que se mezcle en seguida con ella, pues de lo contrario se pueden formar después coágulos.

Una vez obtenida la sangre, se puede proceder a la transfusión con una jeringa o irrigador, en el que se vierte la sangre previamente preparada.

Después de introducidos 20 ó 30 centímetros cúbicos de sangre se interrumpe la transfusión por unos segundos para ver si se presenta algún síntoma de intolerancia (disnea, opresión), pues hay casos en que, a pesar de haber determinado los grupos sanguíneos previamente, aparecen fenómenos patológicos. Si no hay reacción, como sucede casi siempre, se continúa introduciendo sangre hasta que se termina la cantidad que se quería inyectar.

Determinación de los grupos sanguíneos. — La determinación de los grupos sanguíneos se funda en la existencia en todo suero hemático de sustancias específicas (hemolisinas y aglutininas) que tienen la propiedad de destruir y disolver o aglutinar los glóbulos rojos de la sangre de otros individuos.

Cuando ello sucede, ambas sangres son incompatibles y no se pueden transfundir, pues al mezclarse originarían graves trastornos en el receptor. Si no tiene lugar, las sangres son compatibles y aptas para transfundirse mutuamente.

Hay, pues, que comprobar, *previamente a la práctica de toda transfusión*, la compatibilidad o incompatibilidad de las sangres del dador y el receptor.

Para ello se saca un poco de sangre por punción venosa del presunto donador y, después de separar el suero por coagulación de la fibrina de la misma, se mezcla en un portaobjetos una gota de este suero con otra de sangre de la paciente extraída por punción del pulpejo de un dedo. Al cabo de unos cinco minutos se observa macroscópicamente, mirándolo al trasluz, el aspecto de esta mezcla. Si aparecen pequeños grumos, hay aglutinación, y si ofrece aspecto homogéneo, no hay aglutinación y, por lo tanto, la sangre del presunto dador es perfectamente compatible con la de la paciente y puede, por consiguiente, procederse sin temor a la transfusión.

PROBLEMAS DE URGENCIA OBSTETRICA

Al terminar la redacción del presente Manual, que hemos procurado fuese lo más clínico posible, nos encontramos con que algunas situaciones urgentes no han sido tratadas en el mismo a causa de no haber podido encuadrarlas en ninguna de las secciones en que dividimos (sólo con fines didácticos) los capítulos.

Para remediar esta deficiencia y animados del deseo de que este Manual pueda ser una eficaz ayuda al médico no especialista que se ve forzado a resolver contingencias urgentes de obstetricia, se nos ocurrió presentar en forma de caso clínico los asuntos no tratados, exponiéndolos como un problema acompañado de su solución.

Como el objetivo que nos propusimos resultó muy de nuestro agrado, resolvimos ampliarlo añadiendo problemas y casos clínicos referentes a los asuntos ya tratados en el libro, con la esperanza de que la vida clínica de los mismos sería una repetición soportable para el lector y beneficiosa para su formación. Siguiendo el mismo plan de la parte doctrinal, dividiremos estos problemas en: *a)* del embarazo; *b)* del parto; *c)* del alumbramiento, y *d)* del puerperio.

a) Problemas de urgencia obstétrica del embarazo.

PROBLEMA NÚMERO I. — Paciente amenorreica desde su matrimonio, celebrado hace tres meses. Toda la vida ha sido bien reglada. Desde hace unos dos meses y medio a esta parte presenta náuseas, vómitos matutinos, mal gusto de boca, ptialismo, molestias tensivas en ambas mamas que le recuerdan, exageradas, las que habitualmente precedían unos días a la regla.

Consulta porque hace tres días pierde un líquido serohemático por sus genitales. No presenta algias de ninguna clase.

Exploración. — Genitales externos normales, quizá algo más lívidos de lo corriente. A la palpación abdominal no se percibe nada anormal. Por tacto aparece un útero globuloso, no doloroso a la movilización. A nivel de

los fondos de saco vaginales laterales se percibe un latido sincrónico con el pulso de la paciente (pulso de Oslander) que no es más que la arteria uterina hecha perceptible a causa de la congestión pelviana. El cuello uterino está cerrado, presenta una longitud normal y no ofrece la dureza cartilaginosa típica, sino que parece envuelto en una capa de terciopelo (reblandecimiento). Si intentamos practicar el tacto combinado, el cuerpo uterino no escapa, resbalando, a nuestra mano externa, sino que resbala con dificultad a causa de su consistencia pastosa (signo de Holzapfel).

¿De qué puede tratarse? Dados los antecedentes de la paciente y los datos obtenidos por la exploración, lo más lógico es pensar en un embarazo con amenazas de aborto. Los datos de exploración que nos indican una modificación uterina (tamaño y consistencia) son típicos del embarazo. No puede tratarse de un fibroma uterino, pues éste es duro; tampoco debe pensarse en algo anexial ni en un embarazo ectópico, pues las zonas anexiales aparecen libres. Un proceso flogístico, que da congestión pelviana y pulso vaginal, produce siempre dolor a la exploración. Una ligera pérdida menstrual después de un período de amenorrea por insuficiencia ovárica no produce modificaciones volumétricas ni de consistencia uterina; y una neoformación cervical (pólipo, cáncer) ni da síntomas de congestión pelviana ni altera el cuerpo uterino, y además modifica la forma y dimensiones del cuello.

Por exclusión, pues, catalogamos el caso de *gestación de tres meses con síntomas de amenazas de aborto*. La indicación será exclusivamente médica, como queda dicho en el correspondiente apartado, y el pronóstico respecto al porvenir del embarazo, reservado. Si el caso evoluciona hacia la pérdida del embarazo, la hemorragia persiste, el cuello uterino se acorta y dilata y aparecen contracciones uterinas expulsivas, hecho que clínicamente se traduce en dolores lumboabdominales. Cuando el cuello se acorta o dilata, entra el caso en la categoría de aborto en curso, en cuyo caso el pronóstico del embarazo es fatal.

PROBLEMA NÚMERO 2. — Paciente amenorreica desde hace tres meses y medio. Ha tenido otros embarazos, pero en ninguno de ellos han sido tan intensas las molestias subjetivas coincidentes con la amenorrea. Consulta porque inopinadamente, sin algias de ninguna clase, ha comenzado a perder sangre por sus genitales.

Exploración. — Por palpación encontramos una tumoración centro-abdominal cuyo límite llega al ombligo; suponemos es el útero con una gestación del quinto o sexto mes. No se percibe forma fetal alguna y llama la atención la extrema blandura de la tumoración, que hemos supuesto es

el útero. Por tacto vaginal nos convencemos de que la tumoración es el útero, pues forma su fondo un todo único con el cuello que tactamos. El cuello está cerrado y reblandecido. Da la impresión de que por poco que forzáramos, penetraríamos fácilmente a través de su orificio externo.

Diagnóstico. — No puede tratarse de un embarazo normal de cinco meses, pues a esta edad del embarazo se percibe el feto, sea por palpación abdominal o por tacto vaginal (peloteo). Tampoco podemos pensar en un cuadro ginecológico (cistoma ovárico) coincidente con una amenorrea. Ya hemos visto que la tumoración era uterina, y por otra parte su blandura no la tienen los quistes ováricos ni los fibromas, pues cuando éstos se reblandecen dan síntomas generales que en nuestro caso no existen (fiebre, dolor, estado general malo, etc.).

Llegamos, pues, por exclusión, al diagnóstico de mola vesiculosa de pronóstico malo si no se interviene con el radicalismo que impone el temor al desarrollo secundario de un corioepitelioma.

PROBLEMA NÚMERO 3. — Otra paciente con amenorrea, ésta de dos meses, y que viene a consultar por el vago síntoma de que pierde sangre por sus genitales. Interrogada cuidadosamente, nos enteramos que desde hace unos dos meses la aquejan algias abdominales continuas con exacerbaciones periódicas de tipo cólico, localizadas principalmente en la fosa ilíaca derecha, hecho que ha sido atribuido a un proceso apendicular concomitante con el embarazo que se sospecha por la amenorrea y el cortejo de síntomas subjetivos que dice conocer por ser tercigrávida.

Exploración. — Poco es lo que se percibe por palpación abdominal cuidadosa: puntos de Mac Burney, Lanz y Morris indoloros, ligera defensa en fosa ilíaca derecha. Por tacto vaginal, útero grande, blando y con cuello ligeramente permeable. Zona anexial derecha dolorosa, por lo que se explora mal. Douglas lleno y muy doloroso, pero blando.

No puede pensarse aquí en un embarazo normal en vías de interrupción, pues el hallazgo vaginal indica la existencia de algo genital que es lo que califica el cuadro. Si pensamos en un proceso flogístico anexial derecho, faltan los síntomas generales de dicho proceso. La ocupación del Douglas por un anejo prolapsado da una sensación de mayor dureza. La magnitud lesional observada no es compatible cuando se trata de un proceso flogístico con el relativo bienestar de nuestra paciente. Debemos llegar, pues, a la conclusión de que se trata de un embarazo ectópico interrumpido en su forma más trivial (aborto tubárico), pues el estallido de la trompa se anuncia por síntomas cataclísmicos intensos y un estado general francamente malo.

La terapéutica será expectante hasta el encapsulamiento del hematocele que se ha constituido en el Douglas, y después vaciado del mismo por vía vaginal si no se resorbe, vigilando durante la expectación que la aparición de un cuadro general febril no nos indique la supuración del hematocele, en cuyo caso se impone la colpotomía de urgencia practicada en el punto donde se percibe fluctuación.

PROBLEMA NÚMERO 4. — Secundigrávida de cuatro meses. Viene a la consulta porque desde hace unos días presenta dolores hipogástricos y lumbares bastante intensos; coincidiendo con ello presenta una molestia con sensación de peso en la región coxial y molestias urinarias de tipo cistítico e iscúrico.

Exploración. — Por palpación abdominal sólo se percibe un intenso dolor en el hipogastrio. Por tacto vaginal ante todo llama la atención la dificultad con que se alcanza el cuello uterino, que aparece desplazado hacia delante (mirando al pubis). El cuerpo uterino no es alcanzado por la mano externa; el Douglas aparece ocupado por una gran masa empotrada en la pelvis, que comprime el recto. Por tacto rectal se precisa que la masa que ocupa el Douglas es el cuerpo uterino, pues al movilizarla se transmiten los movimientos al cuello (este hecho es comprobado por el índice introducido en vagina simultáneamente al dedo medio que practica el tacto rectal, o practicando simultáneamente el tacto con los índices, uno vaginal y otro rectal).

La existencia de una tumoración que ocupe el Douglas (inflamatoria o neoplásica) es descartada por la exploración cuidadosa, pues vemos que ésta forma cuerpo con el cuello uterino. El desplazamiento del cuello nos explica la sintomatología urinaria de la paciente y la existencia del embarazo es sospechada fácilmente por el tamaño uterino adquirido en poco tiempo y sin síntomas de lesión inflamatoria.

El diagnóstico será, pues, de retroversión encarcerada de un útero grávido, y el tratamiento la reposición del útero (manual, postural o quirúrgica), previo cateterismo fraccionado de la vejiga.

PROBLEMA NÚMERO 5. — Paciente con una gestación normal del sexto mes. Consulta porque hace dos días que la aquejan molestias tensivas con alguna que otra contracción uterina dolorosa. Inopinadamente y sin mayores molestias, esta noche mientras dormía se ha sentido mojada con líquido claro, seroso, sonrosado, que en cantidad aproximada de unos 200 centímetros cúbicos ha salido por sus genitales. Pasado el incidente, la paciente se ha sentido muy mejorada de la molestia tensiva abdominolumbar que

venía importunándola desde hace días. Consultada una comadrona, le dice que ha roto las aguas y que el parto prematuro no se hará esperar.

Exploración. — Gestación del sexto mes normal a la palpación. Continúa un derrame de líquido por sus genitales (aunque de poca intensidad). Por tacto llama la atención que a través de los fondos vaginales el polo fetal pelotea perfectamente, dando la sensación de que entre el mismo y la región inferior del útero queda una capa de líquido amniótico considerable. El cuello uterino está cerrado.

Si se tratase de una rotura prematura de la bolsa de las aguas, como precipitadamente diagnosticó la comadrona, el flujo de líquido continuaría con relativa intensidad al verificar movimientos la paciente, y al vaciarse el agua que normalmente se interpone entre el feto y las paredes uterinas, éstas, adosándose al feto, disminuirían su movilidad provocada por nuestros dedos al tactar (peloteo).

Se trata de un caso de *hidrorrea decidual*, afección secundaria a un proceso endométrico antiguo consistente en la constitución, por acumulación de secreciones patológicas, de una cavidad quística entre la caduca parietal y la refleja. Cuando el líquido alcanza una tensión determinada (molestias acusadas por la paciente) estalla y se vacía al exterior, mejorando con ello el cuadro de molestias de la paciente.

Tratamiento. — Sedantes uterinos, reposo, yoduros, supositorios vaginales de glicerina pura con objeto de que la acción dialítica de los mismos evite una nueva acumulación de líquido en la cavidad que él mismo se fragua.

Pronóstico bueno generalmente para la continuación del embarazo. Transcurrido éste, debe tratarse ginecológicamente a la paciente a fin de evitar la repetición del cuadro en un posible nuevo embarazo.

PROBLEMA NÚMERO 6. — Gestante de octavo mes de embarazo. Consulta porque súbitamente, mientras dormía, ha presentado esta noche una abundante metrorragia sin el más pequeño asomo de dolor ni antecedente traumático que se lo explique. Aunque la pérdida se ha cohibido espontáneamente, nos reclama a su lado alarmada por el suceso.

Exploración. — Utero del octavo mes de gestación. Por palpación, vértice libre, dorso a la izquierda. Los latidos fetales se perciben regulares al lado derecho por debajo del ombligo. Al tacto, cuello cerrado y entero, reblandecido. Con la mano externa, aplicada sobre el pubis, se abarca la cabeza y se impulsa hacia la excavación, percibiéndose perfectamente con los

dedos vaginales que el segmento inferior, en la porción que cubre la presentación, tiene un espesor mayor de lo usual y corriente.

Una hemorragia del tercer trimestre debe hacernos pensar ante todo en la placenta previa. La hemorragia por desprendimiento parcial de la placenta va acompañada de un antecedente traumático (desprendimiento mecánico) o cataclísmico (desprendimiento tóxico) y se acompaña de endu-recimiento uterino. La hemorragia por rotura del seno marginal de la placenta o de un gran vaso decidual se parece clínicamente a la de la placenta previa, pero por exploración no se tiene la sensación de acolchonamiento del segmento uterino inferior que es típica de la placenta previa.

La deducción de que la hemorragia es en nuestro caso por placenta previa es, pues, relativamente fácil, y la conducta a seguir expectante si no repite o reviste alarmante copiosidad. Si ello sucediera, la conducta a seguir es activa, según el criterio que claramente quedó establecido en el correspondiente apartado.

PROBLEMA NÚMERO 7. — Gestante del octavo mes. Desde hace unos días padece insomnio y cefalalgia frontal gravativa con zumbidos de oído y parestesias. Consulta por estos síntomas, que sus familiares atribuyen a *debilidad*, con la esperanza de que la prescribamos *un reforzante*.

Exploración. — Utero de una gestación normal del octavo mes, edemas generalizados, principalmente intensos en las piernas y genitales externos; al tacto, nada anormal: vértice insinuado, dorso a la izquierda, latido fetal regular. Pulso normal, algo duro al tacto, por lo que practicamos una medición tensional con el Vaquez que nos da los siguientes datos: Máxima, 23; Mínima, 10. Albúmina urinaria, débilmente positiva.

Las molestias que presenta nuestra paciente son toxigrávidas. El valor de la tensión máxima es enorme para establecer el diagnóstico de intoxicación gravídica. La ausencia de albúmina no tiene mucho valor, pues a veces no aparece hasta después del estallido eclámptico.

De acuerdo con este criterio, daremos a entender a la paciente que las molestias que presenta son debidas a un estado tóxico y que su pretendida «debilidad» no es más que un síntoma de su impregnación tóxica. Instituiremos, pues, una dieta y unas indicaciones (sangría, etc.), apropiadas al caso, tal como quedó expuesto.

PROBLEMA NÚMERO 8. — Embarazada del séptimo mes. Consulta por una pirexia inopinada (39°) acompañada de dolor lumbar alto y abdominal. Convenientemente interrogada, explica una constipación crónica exacerbada desde hace un par de meses hasta el punto de que a pesar de los eva-

cuantes intestinales que toma diariamente, sólo obra cada siete u ocho días. Anorexia, escalofríos repetidos y ligeros todas las tardes y desde hace unos once días ligera disuria.

Exploración. — Embarazo del séptimo mes, normal. Puntos abdominales apendiculares y biliares indoloros. Dolor agudo, localizado precisamente a la presión en el ángulo costovertebral derecho. Orina turbia con sedimento piúrico.

El cuadro es aquí tan típico que nos ahorra comentarios y disquisiciones sobre diagnóstico diferencial. Se trata de una pielitis en su período supurativo.

El pronóstico es reservado, dependiendo la conservación del embarazo de la duración e intensidad de la infección colibacilar, y el tratamiento médico al principio (diuréticos, sulfamidas, vacunas colibacilares *per os*, cloruro cálcico endovenoso por su acción antiespástica) y si fracasa se recurrirá a la distensión vesical de Pasteau (se rellena la vejiga con un antiséptico cualquiera y con ello, provocándose contracciones ureterales, se asegura el desagüe de la retención canalicular), lavado ureteral (reservado al especialista urólogo). Contra la constipación debe actuarse por medios poco violentos y de acción continuada (régimen, antiespasmódicos, enemas, etc.).

PROBLEMA NÚMERO 9. — Gestación normal de ocho meses y medio que ha evolucionado normalmente fuera de una intensa constipación. Hace cuatro días, vista la acentuación de la constipación (ocho días sin obrar), se le administró sin consejo facultativo un purgante salino que provocó abundantisimas deposiciones líquidas y cólicos intestinales. Visto el estado de la paciente, se llamó a un médico, quien prescribió una fuerte dosis de bismuto y opio, con lo que mejoró subjetivamente la paciente de manera notable.

A las cuarenta y ocho horas se instala un cuadro de oclusión intestinal completa. Algias abdominales que se inician en la fosa ilíaca izquierda y se propagan al hipocondrio del mismo lado, epigastrio y fosa ilíaca derecha. Suspensión de la emisión de gases, vómitos inicialmente alimenticios, después biliosos. Apirética; pulso 120 por minuto.

Exploración. — Lengua seca. Vientre abultado con ligero predominio de la distensión en todo el trayecto del intestino grueso (distensión en cuadro de Laugier). No hay peristaltismo visible ni punto abdominal doloroso a la palpación. Tacto rectal negativo.

Diagnóstico. — Ileo y embarazo.

Tratamiento. — Fracasados los tratamientos médicos. (suero hipertónico, prostigmina, atropina) y ante el cuadro de la paciente, que empeoraba,

no quedó otro recurso que la laparotomía seguida de sección cesárea, que efectuamos en colaboración con un cirujano.

PROBLEMA NÚMERO 10. — Embarazada del séptimo mes que ha evolucionado con perfecta normalidad hasta la fecha. Hace pocas horas se presentó un cuadro abdominal agudo alarmante con vómitos, náuseas y estado general malo.

Exploración. — Estado general malo, lengua seca y muy cubierta, fiebre 39°, pulso 120, retención de gases intestinales. Por palpación abdominal se encuentra una tumoración (que no es útero, pues contrasta su dureza con la blandura típica del cuerpo uterino, que se halla a su lado) sensible a la presión, poco movable. Al tacto se aprecia un pequeño segmento de la tumoración al lado del útero. Desde luego, hay que pensar en una gestación con algo nuevo (la tumoración) que complica el caso y le da el carácter de urgencia que el mismo presenta. La tumoración no es uterina. No puede tratarse de una lesión anexial (demasiado grande para haber permitido mudamente la evolución del embarazo hasta una época tan avanzada). Hay que pensar, pues, en un hecho neoplásico antiguo que repentinamente haya crecido y haya dado el cuadro general que hemos reseñado. Por exclusión hemos de pensar en la torsión de un fibroma uterino subseroso o un cistoma ovárico.

Tratamiento. — Laparotomía. Tal como supusimos, se trataba de un fibroma subseroso de la región ístmica del útero, afecto de fenómenos de estasis y necrosis consecutivos a la torsión de su pedículo.

PROBLEMA NÚMERO 11. — Embarazada de séptimo mes, normal. Hace unas horas, algia intensa epigástrica, seguida de un dolor intenso en fosa ilíaca derecha, con náuseas, vómitos, pirexia de 38,5°, taquicardia, lengua saburral.

Exploración. — Fosa ilíaca derecha difusamente dolorosa con puntos concretos de máxima intensidad. (MacBurney, Lanz, Morris), defensa muscular.

El diagnóstico no necesita de disquisiciones: apendicitis y embarazo; y el tratamiento de urgencia no debe hacerse esperar: apendicectomía típica.

PROBLEMA NÚMERO 12. — Embarazada de séptimo mes, normal. Inopinadamente el abdomen se ha puesto tenso, duro, excesivamente voluminoso. Consulta por la disnea y las molestias intensísimas de agobio circulatorio (edemas, cianosis) así como de distensión abdominal y tracción ligamentaria (dolores lumbares) que la sitúan en un cuadro clínico verdaderamente alarmante.

Exploración. — Utero muy tenso, piel abdominal brillante y llena de estrías recientes, taquipnea y taquicardia. Por percusión de la matidez cardíaca se nota una luxación mecánica del corazón (elevación y torsión cardíaca por empuje de la cúpula diafragmática). Por palpación se perciben las partes fetales como témpanos de hielo flotantes en el agua, que se alejan de la mano que palpa la pared abdominal. A los lados del tumor uterino, se palpan tensos los ligamentos redondos. No se percibe el latido fetal a pesar de la auscultación metódica en varias zonas abdominales. Por tacto se encuentra el cuello alto, dehiscente, permeable fácilmente a un dedo. El peloteo vaginal del polo que se presenta da la misma impresión de un témpano de hielo que se aleja prontamente del dedo que lo empuja para volver a él suavemente y sin fuerza, como amortiguado.

El diagnóstico del caso es claro. Sólo merece que señalemos un signo cuya ausencia puede hacer pensar en un cuadro clínico semejante: la hidrocefalia. Nos referimos a la no percepción de los latidos fetales. Si con un cuadro semejante al descrito se perciben éstos, no habrá exceso de líquido amniótico, sino exceso de volumen fetal, y como la distensión enorme del abdomen no se da en los fetos gigantes no monstruosos y sí en el hidrocefalo, debemos establecer el diagnóstico diferencial sólo entre estos dos hechos.

El tratamiento es el vaciamiento del líquido amniótico por punción vaginal del huevo, cuidando de que el vaciamiento no sea rápido a fin de evitar un colapso por rápida depleción abdominal.

PROBLEMA NÚMERO 13. — Gestación de principios del noveno mes, normal hasta la fecha. Somos llamados porque súbitamente la paciente presentó, hace un cuarto de hora, un agudísimo dolor abdominal acompañado de un estado sincopal del que se rehizo a los pocos minutos.

Exploración. — Abdomen duro, como de madera; no se perciben partes fetales por palpación a causa del endurecimiento parietal. Ligera pérdida por los genitales. Al tacto, cuello cerrado. No se percibe por auscultación latido cardíaco fetal. Nos encontramos evidentemente ante un caso de abdomen agudo coincidente con un embarazo del noveno mes. Sin embargo, el dato típico del endurecimiento en madera del útero y la no percepción de los latidos fetales catalogan el caso de forma inequívoca en la denominada por el profesor NUBIOLA *apoplejía placentogenital*. La terapéutica, siempre quirúrgica, es la laparotomía con histerectomía, subsiguiente o no, según la extensión de las lesiones genitales que encontremos.

PROBLEMA NÚMERO 14. — Acude a nuestra consulta una embarazada de principios del noveno mes, explicándonos que hace dos días sintió moverse en exceso el feto dentro de su seno; desde entonces no lo ha sentido más. Extrañada nos explica que de sus pezones mana abundante leche y que tiene los pechos ingurgitados y dolorosos.

Interrogatorio. — Conviene recoger de manera minuciosa todos los datos que llevamos expuestos y preguntar si ha notado una disminución del volumen de su abdomen (las cinturas de los vestidos le vienen más anchas).

Exploración. — Nada anormal ni por palpación ni por tacto. Por auscultación, no se perciben latidos fetales. Introducido un termómetro clínico por el orificio cervical, marca la misma temperatura que en los fondos de saco vaginales (signo de Kustner). Con feto vivo, la temperatura intrauterina supera en 1° C. a la vaginal.

En este caso concurren todos los datos que hacen pensar en la muerte fetal «in útero».

Conducta a seguir. — Expectación. El feto no entra jamás en putrefacción con útero cerrado (bolsa entera), sino en maceración (aséptica). Si la bolsa de las aguas se abriese, estando el feto muerto, la conducta sería muy otra y se impondría la evacuación profiláctica del útero.

b) Problemas de urgencia obstétrica del parto.

PROBLEMA NÚMERO 15. — Primípara. El parto empezó hace ocho horas. Somos llamados por la impaciencia de los deudos de la paciente, alarmados al decirles la comadrona que el parto no adelanta.

Exploración. — Las contracciones uterinas son frecuentes y, más que intensas (eficientes), sumamente dolorosas, provocando en la paciente gritos y movimientos de todo el cuerpo que son coreados por exclamaciones y caricias a la paciente prodigadas por sus familiares, que invocan a su agotamiento y a su imposibilidad en resistir la dura prueba por la que pasa.

Por examen externo, gestación de término, vértice, dorso a la izquierda, latido fetal regular, subumbilical. Por tacto, cuello acortado, sólo permeable al dedo, ovoide fetal cefálico, bien flexionado, situado entre el primero y segundo planos de Hodge. No se tacta el promontorio, y por el Munro-Kerr no se aprecia desproporción pelvifetal. Bolsa de las aguas entera.

El único hecho que llama aquí la atención es la falta de dilatación, pues la cabeza está *casi encajada*; sin embargo, si consideramos fríamente

el caso, no aparece en realidad nada anormal. Las contracciones uterinas no tienen el carácter típico del período de dilatación, por lo que el efecto deseado no acaece. Se trata sin duda de un estado de hipersensibilidad dolorosa de la paciente, exagerado por el ambiente familiar, que le hace percibir dolorosamente el llamado por los franceses «tiempo secreto del parto».

Conducta a seguir. — Tranquilizados la paciente y los familiares, diciéndoles que el parto no ha comenzado todavía y que los intensos dolores de la paciente no son más que fruto de la sensibilidad exquisita «de sus nervios», prescribiremos un sedante tipo espasmalgine, espasmopiom, etc., y la invitaremos a que descanse. Indudablemente, roto el círculo vicioso, cuando despierte de su sueño la decoración del cuadro habrá cambiado.

PROBLEMA NÚMERO 16. — Primípara en curso de parto desde hace diez horas. Somos llamados porque el parto, a juzgar por la familia, dura demasiado.

Exploración. — Contracciones uterinas regulares, intensas e intermitentes que repiten con intervalos de unos siete minutos. Por palpación, dorso fetal a la izquierda, fondo uterino desviado a la derecha, latido fetal regular. Por tacto, cuello desaparecido, dilatación del orificio cervical de 4 centímetros, bolsa entera, ovoide fetal flexionado, bastante introducido (segundo plano de Hodge), posición izquierda anterior; no hay desproporción pelvifetal.

En este caso no hay nada anormal que indique una intervención. Tranquilizados la paciente y sus familiares, aconsejamos la expectación.

PROBLEMA NÚMERO 17. — Primípara en curso de parto desde hace ocho horas. Somos llamados por la falta de encajamiento fetal.

Exploración. — Contracciones uterinas intensas y frecuentes. Utero de término, dorso a la izquierda, latido fetal regular. Por tacto, dilatación completa, bolsa íntegra, cabeza libre (primer plano) y rechazable. Aparentemente no encontramos desproporción pelvifetal.

Este caso entra en la categoría de aquellos en que se impone la expectación. Si en igualdad de condiciones hubiésemos sospechado una desproporción, la conducta hubiese sido muy otra, pero no existiendo desproporción, nos limitaremos a la ruptura de la bolsa y expectaremos hasta que un motivo nuevo nos obligue a intervenir (sufrimiento fetal, por ejemplo) o hasta que, transcurrido un número suficiente de contracciones *eficientes* (unas cuarenta o cincuenta), la situación no haya cambiado a pesar de la ruptura de la bolsa.

PROBLEMA NÚMERO 18. — Primípara que lleva doce horas pariendo. Se nos reclama a causa de la profunda fatiga de la misma.

Exploración. — Contracciones uterinas intensas y regulares. Por tacto, dilatación entera, bolsa rota, cabeza libre (primer plano), ovoide fetal bien flexionado. Desproporción pelvifetal pronunciada. Latido fetal regular.

Conducta a seguir. — Aquí la expectación a nada conduce, pues las fuerzas naturales han dado cuanto pueden. La práctica de la versión debe ser rechazada por tratarse de una primípara con conducto genital inédito y pelvis desconocida, exponiéndonos a una retención de la cabeza última. El fórceps es impracticable dada la altura de la cabeza. No queda, pues, otro recurso que la vía alta. Si el mismo caso se diese sin desproporción pelvifetal y con contracciones uterinas menos intensas y frecuentes, cabría una ligera expectación reforzando al motor uterino con pituitrina, timofisina o timo-utero; pero seguir esta conducta aquí sería aumentar el conflicto entre móvil y anillo pélvico, con el consiguiente peligro de ruptura uterina por retracción o distensión.

PROBLEMA NÚMERO 19. — Primípara con doce horas de parto. Somos llamados por debilitación e irregularidad del latido cardíaco fetal.

Exploración. — Contracciones uterinas regulares e intensas. Por tacto, dilatación completa, bolsa rota, cabeza flexionada entre el segundo y tercer planos de Hodge, sinclítica y en izquierda anterior. Latido fetal irregular y lento.

Conducta a seguir. — La indicación viene impuesta por el feto y es urgente. Dada la buena penetración de la cabeza, aplicación de fórceps directa para el feto, y conducción de la misma al plano perineal, rotación y extracción.

PROBLEMA NÚMERO 20. — Primípara con dilatación completa, bolsa rota, cabeza flexionada en el cuarto plano, posición izquierda anterior. A pesar de las contracciones uterinas eficientes, el parto no progresa.

En este caso hay que vigilar muy atentamente el latido fetal. Si aparecen síntomas de sufrimiento, debe terminarse el parto con el fórceps. Si a pesar de no sufrir modificaciones en intensidad, frecuencia y ritmo el corazón fetal, la situación se prolonga demasiado, la terminación con el fórceps no debe hacerse esperar, pues se corre el riesgo de que la compresión efectuada sobre los tejidos maternos y ejercida de forma sostenida por la presentación atascada conduzca a la necrosis isquémica de los mismos. El límite de expectación se había fijado en el tiempo (unas dos horas), pero creemos

más clínico referirlo a la eficiencia de las contracciones uterinas. Si éstas, en un número de treinta a cuarenta, con ritmo regular, no desatascan el móvil, es inútil esperar más y es mejor decidarnos a la extracción.

PROBLEMA NÚMERO 21. — Primípara; lleva doce horas de parto; somos llamados porque éste no progresa a pesar de la intensidad y buen ritmo de las contracciones uterinas.

Exploración. — Dilatación completa, cabeza bien flexionada entre el segundo y tercer planos. La sutura sagital está muy aproximada al pubis debido a que la cabeza ha girado alrededor de su eje ánteroposterior, introduciendo primero en la excavación el parietal posterior (asinclitismo posterior). No hay desproporción pelvifetal. Latido fetal regular y bolsa rota. Posición izquierda anterior.

El parto no progresa en este caso a causa del asinclitismo, mecanismo de encajamiento que seguramente ha escogido por no tener la cabeza un amplio paso hacia la excavación. La conducta a seguir, previa una expectación corta suficiente para convencernos de que la penetración profunda del parietal posterior no es suficiente para permitir al anterior introducirse, resbalando por detrás del pubis, es la corrección de la viciosa rotación del ovoide cefálico por medio de la aplicación de una sola rama del fórceps (la derecha) sobre el parietal anterior y haciéndola actuar como palanca, según quedó dicho, descender el parietal más elevado.

PROBLEMA NÚMERO 22. — Multípara en pleno período expulsivo. A pesar de las buenas contracciones uterinas y del esfuerzo abdominal, la presentación bien flexionada y en occípito-púbica, el feto no se desprende.

Observando bien el caso durante una contracción observamos cómo el avance del móvil, que se realiza lentamente durante el esfuerzo, es deshecho rápidamente por un retroceso violento tan pronto termina la contracción. Diagnosticamos el caso de cortedad absoluta o relativa (nudos, circulares) del cordón.

Si el cuadro se prolonga por un espacio de tiempo largo, o sobreviene sufrimiento fetal, la terminación con el fórceps se impone.

PROBLEMA NÚMERO 23. — Secundípara. El parto evolucionó normalmente hasta la salida de los hombros. Una vez éstos al exterior, el parto se detuvo.

Exploración. — A través del anillo vulvar, y por el espacio que queda entre éste y el tórax fetal, introducimos la mano lenta y suavemente. Se tacta entonces una masa que ocupa toda la excavación y que impide el progreso del

móvil. El diagnóstico es inconfundible: malformación o tumor fetal abdominal, y la conducta a seguir es la punción del tumor. Si es líquido (ascitis), se vacía rápidamente y el feto sale espontánea e instantáneamente al exterior. Si el tumor es sólido, requiere un *morcellement* del mismo, que efectuamos con las tijeras de Dubois.

PROBLEMA NÚMERO 24. — Secundípara; lleva cinco horas de parto; somos llamados por aparecer, junto con el vértice, una mano en el área de la excavación.

Exploración. — Dilatación de 5 centímetros, bolsa rota; al tacto aparece una cabeza libre en el primer plano, acompañada de una mano. No hay desproporción.

Conducta a seguir. — Tratándose de una secundípara con parto anterior normal, fracasadas las maniobras de reposición de la prociencia, lo mejor es la versión.

PROBLEMA NÚMERO 25. — Primípara con dilatación completa, bolsa de las aguas rota, presentación de vértice, occípitoilíaca derecha posterior, latido fetal regular. A pesar de las contracciones uterinas buenas y de la penetración del móvil en la excavación (segundo plano), el parto no avanza.

Como el feto no sufre, no hay indicación inmediata a tomar. El parto no avanza a causa de la viciosa rotación de la cabeza alrededor del eje vertical. Lo procedente es una expectación, y si la rotación no se efectúa (en pública o sacra) espontáneamente, aplicación de fórceps, rotación y extracción.

PROBLEMA NÚMERO 26. — Primípara con dilatación completa, bolsa rota, presentación deflexionada, latido fetal regular y contracciones uterinas intensas y frecuentes.

Si se tratase de una múltipara, procederíamos a la versión; tratándose de una primípara, intentaremos la maniobra de Torn y, si fracasa, esperaremos el descenso de la presentación hasta la parte baja de la excavación, en cuyo caso se practicará un fórceps. Toda acción anterior es intempestiva y peligrosa para la madre.

PROBLEMA NÚMERO 27. — Múltipara con presentación deflexionada *fija* debido a su penetración en la excavación y orientada en mentosacra. La dilatación es de 7 centímetros; el latido fetal regular y las contracciones eficientes.

La versión y la evolución normal del parto son imposibles, por lo que intentaremos, con dos dedos introducidos en la boca fetal, la rotación anterior del mentón. De no conseguirlo, antes de recurrir a la brefoestomía, se intentará la rotación con el fórceps.

Tratándose de una primípara y con latido fetal regular, es preferible recurrir desde un principio a la vía alta.

PROBLEMA NÚMERO 28. — Múltipara. Dilatación completa, bolsa rota, presentación de nalgas incompleta (modalidad nalgas). Las nalgas están en el tercer plano de Hodge, orientadas según el diámetro oblicuo izquierdo. Se nos reclama porque desde hace media hora se ha instaurado una hiposistolia uterina que es causa de que el parto no progrese.

Conducta a seguir. — Actuar contra la hiposistolia (pituitrina, timofisina, timutero) y al propio tiempo efectuar la rotación de las nalgas mediante el enganche de los dedos índice en las regiones inguinales del feto y hacer rodar las nalgas hasta su orientación según el diámetro ánteroposterior.

PROBLEMA NÚMERO 29. — Múltipara. Bolsa rota desde hace cinco horas, presentación transversa, céfaloilíaca izquierda, dorso posterior. Retracción uterina bastante intensa; penetración fetal (encajamiento del hombro) considerable. No es posible la reposición del hombro ni la versión, por temor a la ruptura uterina. Latido fetal perceptible.

Conducta a seguir. — Cesárea segmentaria.

PROBLEMA NÚMERO 30. — Quintípara. Hace ocho horas que está de parto. Se nos reclama al no terminarse éste en el breve plazo de las otras veces a pesar de presentar contracciones uterinas de intensidad y ritmo regulares.

Exploración. — Dilatación completa. Bolsa rota. Presentación transversal (céfaloilíaca derecha, dorso anterior). No se percibe latido fetal. La palpación precordial es negativa; feto muerto. Retracción uterina.

Conducta a seguir. — Previa la administración subcutánea de un inyectable de espasmalgina o espasmopiom, brefoestomía procurando distender al *mínimum* el segmento uterino inferior.

PROBLEMA NÚMERO 31. — Cuartípara. Hace cuatro días comenzó el parto con rotura intempestiva de las aguas. Al reconocerla la comadrona y encontrar pequeñas partes, diagnostica unas nalgas y recomienda expectación. A las noventa y seis horas es vista por nosotros, apreciando: dilatación completa, bolsa de las aguas rota, presentación cefálica con poca flexión en el primer plano de Hodge; junto con la cabeza se tactan las dos manos, los dos pies y el cordón que no late. Utero retraído, principalmente a nivel del anillo de Band (figura 10).

Conducta a seguir. — Previa inyección de espasmalgina, y con profunda anestesia general etérea, se procede al rechazamiento de la cabeza hacia

una fosa ilíaca al tiempo que, reponiendo las manos, se tira de un pie. La evolución fetal se efectúa de forma lenta y paulatina sin grandes esfuerzos. Sale un feto muerto de 3.780 gramos. No hay desgarró. Alumbramiento espontáneo a los diecisiete minutos.

PROBLEMA NÚMERO 32. — Tercípara. Parto de nalgas normal hasta la salida de los hombros. La cabeza quedó retenida probablemente porque la comadrona que asistió el parto la deflexionó con intempestivas tracciones sobre el cuerpo fetal. En tal situación es llamado un colega no especialista, quien tras infructuosas tentativas de una maniobra de Mauriceau, en la que seguramente no lograba la flexión deseada de la cabeza porque no la reintroducía antes de iniciar las tracciones, tiene la «luminosa» idea de decolar la cabeza fetal y propinar a la paciente dos gramos de cornezuelo de centeno, creyendo que éste, excitando las contracciones uterinas, daría lugar a la expulsión de la cabeza.

En estas circunstancias es visto el caso por nosotros y ante su excepcionalidad lo resolvimos de la siguiente manera: Previa la profunda anestesia etérea y la administración de *dos* inyectables de espasmalgina, introducimos el cranioclasto de Braun dentro del útero, haciendo presa de la cabeza que sujetaban externamente las manos del ayudante. Hecha la presa, la cabeza evolucionó fácilmente hacia el exterior. Dado lo sucio del caso, administramos a diario ocho pastillas de Neopental durante cuatro días. El puerperio transcurrió normal.

PROBLEMA NÚMERO 33. — Parto de evolución normal, aunque lento, en una primípara.

Una vez desprendida la cabeza, se presenta una dificultad en la salida de los hombros, y si intentamos su desprendimiento por el clásico proceder de la luxación fetal primero hacia abajo para encajar el hombro anterior y después hacia arriba para desprender el posterior, a pesar de una amplia episiotomía nos exponemos al estallido perineal, pues el feto es voluminoso.

Conducta a seguir. — Maniobra de Couder (fig. 29), consistente en empujar con un dedo colocado sobre el borde anterior del húmero del brazo fetal anterior, llevándolo hacia arriba y atrás. Con ello, al ascender el brazo se flexiona el antebrazo y se desprende primero el brazo anterior, con lo que ganamos espacio para el ulterior desprendimiento del brazo posterior que se efectúa de la manera clásica.

PROBLEMA NÚMERO 34. — Secundigesta que ha cumplido el séptimo mes de su embarazo. Hace dos días, sin dolores ni esfuerzo de ninguna clase,

rompió aguas, y avisada la comadrona, no encontrando dilatación, recomendó expectación.

A los dos días de este incidente somos llamados de urgencia porque a través de una dilatación de unos tres centímetros asoma un codo fetal.

Exploración. — Gestación de séptimo mes, palpación difícil a causa de la dureza abdominal; se aprecia sin embargo un polo en la fosa ilíaca

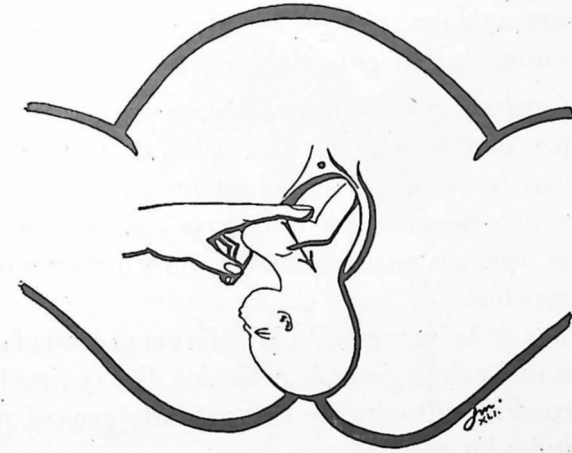


Fig. 29. — Maniobra de Couder. La presión sobre el borde humeral anterior del brazo anterior del feto, elevándolo, lo desprende.

derecha. Por tacto, dilatación de tres centímetros a través de la cual se tacta un codo fetal (el izquierdo). Cabeza en fosa ilíaca derecha, dorso adelante.

Con anestesia general etérea, dilatación manual, que efectuamos con una sola mano, y versión podálica con extracción fetal. Feto vivo y sano.

PROBLEMA NÚMERO 35. — Primigrávida del noveno mes. Hace unas horas presenta contracciones uterinas intensísimas.

Exploración. — Nada anormal por examen externo. Por tacto no se introduce el dedo más que unos tres centímetros en la vagina, chocando con una cúpula rígida en cuyo fondo aparece un orificio puntiforme a través del cual mana sangre espesa. Por tacto rectal se aprecia presentación de vértice insinuada y un espacio de unos 4 ó 5 centímetros que separa el cuello de un plastrón de cicatrices vaginales.

Cesárea segmentaria.

Posteriormente, a los treinta días del parto examinamos a la paciente con valvas, pudiendo apreciar un tabicamiento vaginal en su tercio inferior de naturaleza cicatrizal. Interrogada la madre de la paciente, creyó recordar

una caída con herida por empalamiento cuando la paciente tenía quince años, herida a la que no se dió importancia, pues una fractura concomitante de la extremidad inferior atrajo absolutamente la atención en el accidente. Desde el traumatismo quedó muy dismenorreica y la sangre menstrual era negra como la pez (retención). Al casarse tuvo una intensa dispareunia, verificándose las relaciones sexuales de forma incompleta a base de contactos externos. Cuando quedó embarazada mejoró e incluso se lograron relaciones sexuales intravaginales, aunque con menguada introducción.

Propuesta la intervención ginecológica fué rechazada por la paciente.

PROBLEMA NÚMERO 36. — Quintípara. Hace una serie de horas que está de parto por lo que, desesperados sus familiares, de común acuerdo con la comadrona, solicitan la ayuda de un colega no especialista, quien seguramente diagnostica una presentación transversa con poca dilatación y propone la extracción, que sin anestesia realiza inmediatamente en el propio domicilio de la paciente.

A las tres horas de la intervención la enferma es trasladada a un centro hospitalario por su mal estado general. A los dos días es vista la paciente por nosotros con un cuadro peritonítico y en un estado general preagónico, sobreviniendo el éxitus a las pocas horas.

La necro muestra una ruptura uterina subperitoneal con abundante infiltración equimótica perivesical.

Este caso desgraciado que relatamos sucintamente con los pocos datos que del mismo poseemos, nos ilustra grandemente. La facilidad con que el colega logró la evolución del feto en un útero que seguramente estaba retraído, se logró a costa de una ruptura uterina que, por ignorada, costó la vida de la paciente.

PROBLEMA NÚMERO 37. — Primigesta. Somos llamados por presentar la paciente unos dolores intensísimos desde hace unas doce horas sin que la comadrona haya podido precisar presentación y posición.

Exploración. — Utero distendido en sentido transversal, con una escotadura en su fondo y palpándose dos polos a nivel de los dos ángulos del mismo. Al tacto, los dedos y la mano se introducen indistintamente por dos vías laterales; introduciéndose por una de ellas, se tacta una cabeza alta; siguiendo por la otra, se tocan extremos.

Anestesia profunda y espasmalgina, y visto que el útero retraído no cede y la movilización fetal por maniobras externas es imposible, sospechando una anomalía recurrimos a la vía alta.

El hallazgo viene esquematizado en la figura 30; se trataba de un útero bicorne semitabicado, y la movilización fetal resultaba imposible por hallarse empotrado el feto en la anormal cavidad uterina.

Resolvimos el caso practicando una histerectomía subtotal. La anomalía del mismo nos impidió suturar el útero cesarizado, que sangraba enor-

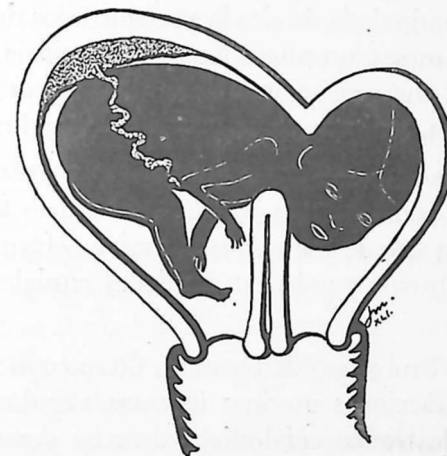


FIG. 30. — Utero bicorne con tabique incompleto, que contiene un feto del noveno mes. Dos vías se ofrecen al dedo que tacta, una que conduce a tactar una cabeza alta y otra a tocar extremidades.

mamente por haber herido parte del tabique incompleto que dividía la cavidad.

PROBLEMA NÚMERO 38. — Primigesta; noveno mes. Hace dos días que comenzó el parto. Al cabo de unas doce horas de comenzado, es vista por el médico del pueblo, quien, tras unas tentativas de fórceps, intenta una versión sin resultado, pues sólo logra llevar el feto en posición oblicua, donde queda como aprisionado por el útero retraído.

Vista por nosotros apreciamos *por exploración*: útero retraído, duro, con un surco profundo infraumbilical que señala la zona de división de los segmentos uterinos inferior, distendido, y superior, retraído, contracturado. Por exploración vaginal, situación fetal oblicua enclavada e inmovilizable.

La enferma es trasladada a una clínica donde, con anestesia raquídea, previas dos inyecciones de espasmalgina, se explora genitalmente de nuevo a la paciente con intención de conseguir una evolución fetal, que no logramos a causa de que el útero no cede. Al propio tiempo tactamos un falso promontorio que hace la pelvis impracticable.

Vistos estos antecedentes, nos decidimos por la vía alta sin que cuente para nada en nuestro ánimo el factor fetal, pues consideramos al feto irremisiblemente perdido.

No nos decidimos por la brefostomía por el temor que nos da el esbozado signo de Bandl-Frommel.

La sección cesárea conservadora transperitoneal tiene un curso postoperatorio normal, siendo dada de alta la paciente a los diez días.

Al cabo de trece meses, un nuevo parto de la misma paciente es resuelto por nosotros mismos por cesárea iterativa, logrando esta vez un feto vivo de sexo masculino de 3,570 gramos y quedando la madre en perfecto estado.

PROBLEMA NÚMERO 39. — Secundigesta. Parto anterior terminado por brefostomía hace dos años. Ingresa en nuestro servicio tocológico hospitalario, donde observamos que se trata de una mujer deforme con una cifoscoliosis dorsal bastante intensa y unas extremidades caudales cortas y arqueadas (raquitismo).

Exploración. — Embarazo de término, útero cuyo fondo llega a los rebordes costales. Contracciones uterinas intensas, regulares y frecuentes. Al tacto, presentación de tronco céfaloilíaca derecha dorsoanterior, procidencia de cordón que no late. Por palpación de la región precordial del feto, no se percibe latido. Dilatación de 7 centímetros, bolsa rota. Utero blando y no retraído.

Dado el buen estado uterino no creemos necesaria en este caso la vía alta.

Procedemos a la brefostomía realizando una decapitación y la extracción subsiguiente de los dos fragmentos fetales, maniobra que resulta fácil y que no requiere el empleo de violencia alguna.

c) Problemas de urgencia obstétrica del alumbramiento.

PROBLEMA NÚMERO 40. — Primípara de diecinueve años que parió en su propio domicilio sin que se enterasen sus padres y con la intención de esconder el hecho para escapar de la ira de sus familiares, que ignoraban su estado.

Somos llamados porque la madre de la paciente, notando algo anormal, entra en la habitación de su hija, a la que encuentra bañada en un charco de sangre y desvanecida.

Exploración. — Genitales externos llenos de sangre; a su través encontramos gran cantidad de coágulos, y practicando un tacto más profundo, que admite toda nuestra mano, encontramos una tarta placentaria a medio desprender, que es sacada con la mano. Ante este hecho diagnosti-

camos que hubo parto y, buscando junto con la madre de la paciente, encontramos un feto de unos seis meses aplastado entre los colchones de su cama.

Administramos suero y tónicos cardíacos a la enferma y una vez re- hecha ésta e intentar negar por varias veces la evidencia del hecho sucedido, confiesa que se hizo provocar el aborto (?) por una comadrona y que encontrándose esa noche sola en su habitación notó entre grandes dolores que algo asomaba por sus genitales. Ella tiró del feto y lo escondió entre sus colchones, y ya no recuerda más pues se desvaneció. Al tirar del cordón lo arrancó, produciendo un desprendimiento parcial de la placenta, que es lo que ocasionó la hemorragia que la sincopó.

PROBLEMA NÚMERO 41. — Conducida por una ambulancia, es traída al centro hospitalario, acompañada por la comadrona que la asistió, una paciente pálida, sincopada y sangrando.

El parto, según la comadrona, fué normal y tras el mismo, al verificar la maniobra de Credé, la enferma se sincopó a tiempo que aparecía una tumoración por sus genitales.

«De visu» diagnosticamos el caso de inversión uterina puerperal y, tras una transfusión de sangre de 300 centímetros cúbicos, practicamos manualmente la taxis sin anestesia (dado el estado sincopal de la paciente), lo que resultó sumamente fácil. La enferma murió a los treinta y cinco minutos de su ingreso sin que la inversión se reprodujese.

PROBLEMA NÚMERO 42. — Somos llamados de urgencia junto con otros varios colegas, pues la familia, en el paroxismo del desespero, coge el listín telefónico y llama a todos los tocólogos de la lista.

Por proximidad somos los primeros en llegar y nos encontramos con una paciente pálida, sudorosa y sincopada que yace en medio del desorden de sábanas, toallas, algodones y gasas manchadas de sangre. La comadrona nos dice que no se explica lo que sucede, pues la placenta hace unos instantes salió entera y espontáneamente y al instante, *con globo uterino duro*, la enferma ha empezado a sangrar como se puede comprobar.

Practicamos un tacto manual y, a través de una enorme masa de coágulos, llegamos a la cavidad uterina, de la que extraemos un pedazo de placenta.

Posteriormente, del examen del fragmento extraído y de la placenta, deducimos que se trataba de una placenta succenturiada o de cotiledones accesorios, uno de los cuales había quedado retenido y a medio desprender.

PROBLEMA NÚMERO 43. — Primípara a la que en un pueblecito costeño y en una casa en buenas condiciones, pero obrera, practicamos un fórceps en el cuarto plano por sufrimiento fetal. Espontáneamente expulsó la placenta a los quince minutos.

Mientras estábamos limpiando y arreglando nuestros instrumentos, nos avisan alarmados porque la paciente tiene hemorragia genital copiosa con zumbidos de oído, trastornos visuales y náuseas.

Exploración. — Utero blando que no se contrae al masaje. Administramos Ginergeno y la hemorragia continúa. Revisión uterina manual; no se encuentra nada, pero el útero no se retrae ni deja de sangrar. Introducido el puño (mano cerrada) dentro del útero, practicamos con la mano externa un violento masaje, y el útero reacciona algo, disminuyendo la pérdida. Tan pronto dejamos de efectuar esta maniobra, la mano interna percibe el aflojamiento uterino perfectamente.

Han pasado treinta minutos y temerosos de abandonar el caso y sin recursos, recurrimos, muy a nuestro pesar, a un apretadísimo taponamiento úterovaginal con una venda estéril empapada en agua oxigenada.

El resultado fué el apetecido, y el taponamiento se retiró a las veinticuatro horas sin que el útero sangrara más. Puerperio apirético.

d) Problemas de urgencia obstétrica del puerperio.

PROBLEMA NÚMERO 44. — Puérpera del quinto día. Parto normal asistido por una comadrona, con muy pocos tactos, practicados con guante estéril. Somos llamados porque después de unos días de pequeñas febrículas (atribuidas primero a la fatiga y a un estado gástrico y después a la subida de la leche) ha presentado hoy un escalofrío seguido de una pirexia a 39,8° C.

Exploración. — Temperatura 39,5° C., pulso 98 por minuto, respiración algo anhelosa, piel húmeda, lengua saburral y húmeda. La enferma se queja de dolor de cabeza intenso y molestia abdominal que no precisa, pero su sensorio está despejado y coordina perfectamente. Una trivial exploración amigdalal y respiratoria (auscultación de ambos planos, anterior y posterior) no descubre nada anormal.

Por palpación abdominal, abdomen blando, depresible, doloroso a nivel de las regiones hipogástrica y fosas ilíacas. Por tacto, loquío abundante, fétido, cuello uterino permeable; útero subinvolucionado, globuloso, muy doloroso a la palpación y a la movilización; regiones anxiales mudas. Parametrios blandos y no dolorosos.

Diagnóstico. — Infección puerperal localizada (útero) de tipo saprémico, dado el estado general de la paciente, principalmente el pulso.

Conducta a seguir. — Ergóticos. Diálisis cérvicovaginal por medio de supositorios de glicerina pura, lavados vaginales deterisivos con una débil cantidad de permanganato (0,25 gramos por 1.000), calor local en el hipogastrio y cal por vía endovenosa (gluconato de cal al 10 por 100, 10 centímetros cúbicos) administrada diariamente (acción impermeabilizadora celular, antiinflamatoria). La terapéutica no específica encuentra aquí sus indicaciones (omnadina, caseal, etc.). Si no mejora, se impone la revisión uterina por si hay retención.

PROBLEMA NÚMERO 45. — Puérpera de cuatro días. Parto normal de término que acabó con un desgarró perineal de segundo grado, suturado a las ocho horas con una sutura en masa con crin. Somos llamados porque ha presentado pirexia, sin escalofrío previo.

Exploración. — Temperatura 39°; pulso 90; estado general bueno; sutura perineal normal, con bordes de color normal y no edematosos; abdomen no doloroso, tacto vaginal negativo, buena involución. Mamas ingurgitadas, con las aréolas agrietadas. En el cuadrante íferointerno de la mama derecha, zona dolorosa, rubefacta y caliente.

Diagnóstico. — Mastitis en su forma linfangítica.

Tratamiento. — Calor local húmedo, supresión temporal de la lactancia por este pecho y Neopental (4 gramos diarios durante dos días, y 3 durante dos más). Si apareciesen síntomas de supuración, debe drenarse a pesar de la terapéutica sulfamídica, que entonces tendrá acción abortiva, sobre nuevos focos linfangíticos de aparición probable, abandonado el caso al solo recurso del drenaje y el calor local.

PROBLEMA NÚMERO 46. — Puérpera que en el sexto día presenta un intenso escalofrío seguido de temperatura a 40°. El parto fué normal y espontáneo y asistido por una comadrona de experiencia y de formación reciente, lo que garantiza su asepsia.

Exploración. — Temperatura 39,8°, pulso 120, respiración anhelosa, mal estado general. Piel húmeda, lengua saburral ligera, abdomen blando e indoloro.

Por tacto nada anormal; loquío escaso, no fétido.

Nos encontramos ante un caso de septicemia puerperal. El pronóstico de la misma dependerá de la repetición de los escalofríos, de la frecuencia del pulso y del estado general tóxico de la paciente.

El tratamiento debe ser a base de sulfamidas (Neopental, 15 a 20 gramos) y medicación general cardiotónica. Las proteínas estarán también indicadas por su acción despertadora de las defensas orgánicas; la urotropina, sola o unida al yodo, por vía endovenosa (inyectables de 5-10 centímetros cúbicos al 40 por 100), alcohol etílico (inyectables de 10 centímetros cúbicos de una solución al 20 por 100 en suero glucosado al 10 por 100), acridinas, etc. Nada de terapéutica local.

PROBLEMA NÚMERO 47. — Puérpera de doce horas. Parto normal, aunque lento. Somos llamados porque presenta dolores hipogástricos tensivos y no puede orinar.

Personados ante el lecho de la paciente ensayamos los corrientes procederes para lograr una micción espontánea (expresión ligera del hipogastrio, chorro de agua estéril fría sobre la vulva, colocar a la paciente en decúbito prono, etc.) y visto el fracaso, procedemos al cateterismo con una sonda de goma estéril embadurnada con aceite gomenolado al 10 por 100. Terminada la evacuación de la vejiga, instilamos con una jeringa vulgar 50 centímetros cúbicos de una solución de nitrato de plata al 1 por 2.000.

Recomendamos a la paciente que procure ensayar durante el día nuevas micciones, y de no lograrlo, le decimos que hasta las veinticuatro horas no volveremos a sonarla. A los tres o cuatro días de cateterismos la enferma presenta tenesmo vesical, que aliviamos administrando urotropina por vía endovenosa, colocando calor local en el hipogastrio y administrando albucid (4 gramos diarios durante dos días y después, otros dos días, 3 gramos diarios).

PROBLEMA NÚMERO 48. — Puérpera de quince días. Hace tres que se levanta. El parto fué distócico y laborioso; un fórceps por O. I. D. P. El puerperio ha sido normal, excepto una paresia vesical que ha obligado a tres cateterismos. Ha tenido una ligera cistitis, que con urotropina y Prontosil mejoró pronto.

Somos llamados porque al levantarse la paciente y caminar, así como al reír, toser o defecar, se moja por sus genitales.

Exploración. — Nada anormal, ni siquiera un pequeño cistocèle que explica muchas veces estas incontinencias por tracción del labio posterior del cuello vesical y mala oclusión del mismo. Diagnosticamos una incontinencia porque, al explorar a la enferma e invitarla a hacer un esfuerzo, vemos cómo la orina escapa babeando del meato.

Creyendo que la lesión del cuello vesical es de orden traumático y ocasionada por las violencias del parto, aconsejamos la intensa estrignización

de la enferma (unos inyectables estriknoprogresivos con 1, 2, 3, 4, 5 miligramos de estriknina por inyectable) y una alimentación abundante con ejercicio discreto. Al cabo de tres semanas la enferma estaba totalmente curada.

PROBLEMA NÚMERO 49. — Puérpera que nos reclama a los ocho días del parto porque se moja sus genitales. El parto fué normal, aunque de larguísima duración.

Exploración. — La enferma se moja más en la estación vertical que en la cama, pues cuando está en ella llega a efectuar micciones espontáneas, cosa que no le sucede en la estación vertical. No tiene relación el escape de líquido por sus genitales con esfuerzos (tos, risa, etc.) de ninguna clase. Colocadas valvas e introducida una pequeña cantidad de leche por una sonda de goma colocada en el meato, observamos un escape de leche a nivel de la parte baja de la pared anterior de la vejiga.

Diagnosticamos una fístula véscovaginal y colocamos una sonda permanente para ver si el reposo ocluye la brecha. De no lograrlo, no queda otro recurso que el tratamiento quirúrgico.

PROBLEMA NÚMERO 50. — Puérpera que ha pasado todo el puerperio con febrículas atribuidas por sus familiares y la comadrona a trastornos digestivos, por lo que la han purgado varias veces. Somos llamados porque desde hace unas horas le aqueja dolor en un muslo (cara interna y región superior).

Exploración. — Temperatura 38° C., pulso 120. Dolor a la palpación a nivel del paquete vásculonervioso del muslo, que aparece palpable y engrosado; edema de la extremidad, que tiene un color céreo pálido.

Diagnosticamos una flegmasía *alba dolens*, tanto por la exploración de la extremidad como por la frecuencia del pulso.

Inmovilizamos el miembro en una férula y lo envolvemos en una bayeta de franela prescribiendo al propio tiempo un antitérmico sedante del dolor (antipirina, por ejemplo) y citrato sódico por vía gástrica (2 a 6 gramos).

No dejaremos levantar a la enferma hasta que habiendo pasado unos seis o siete días, apirética y sin edema, haga cinco en que el pulso no pase de 80 por minuto.

PROBLEMA NÚMERO 51. — Puérpera de siete días; somos llamados por un colega porque al quitar los puntos del perineo que en número de tres puso él mismo horas después del parto eutócico que lo produjo, observa con sorpresa que éstos no han prendido.

Exploración. — Herida perineal sucia, supurada; labios de la misma rojos, llenos de granulaciones y con un principio de retracción que los separa.

Proponemos la sutura secundaria, que es aceptada, y la llevamos a cabo con anestesia general cloroformica. Raspado brutal de los labios de la herida con una cucharilla de Recamier y sutura en masa con cuatro puntos de crin.

A los seis días son retirados; la sutura prendió perfectamente.

En estos casos, de ser posible, recomendamos la radiación diaria de la sutura secundaria con rayos ultravioletas y evitar en lo posible el babeo del loquío por encima de la cicatriz. Para lograr esto último recurriremos a un taponamiento con gasa yodofórmica, que renovaremos cada ocho horas para evitar la retención, o a la irrigación continua de la herida perineal con una solución de Dakin.

PROBLEMA NÚMERO 52. — Puérpera de nueve días. Somos llamados porque las pirexias que tiene desde el parto (atribuidas por la comadrona y el médico de cabecera a un sin fin de causas triviales) han adquirido carácter constante.

Exploración. — Temperatura 37,2° C., pulso 80 por minuto. Nos dicen que todas las mañanas tiene aproximadamente esta temperatura, pero que a media tarde asciende a 38,5 ó 39°. Toma entonces unos sellos de quinina que le recetó su médico y a última hora de la noche vuelve a tener 37,2 ó 37,3 grados centígrados.

Aspecto general de la paciente bueno, aunque muy pálida y algo emaciada. No tiene apetito, por lo que come poco, y una constipación habitual, exacerbada desde el parto, la obliga a recurrir casi a diario a pequeños laxantes.

Por palpación abdominal, abdomen blando y no doloroso; no así las fosas ilíacas, la presión de las cuales (principalmente la derecha) resulta algo molesta. Dice la enferma que ello ha sido atribuido por su médico a la constipación. Por tacto, loquío escaso purulento, cuello normal, con un desgarramiento lateral izquierdo, cerrado, inmóvil y como trabado en una atmósfera que lo sujeta. Fondo uterino a nivel del pubis. Parametrios duros, infiltrados, percibiéndose en la zona posterior de los mismos (Douglas) un punto declive blando y fluctuante. Cuenta leucocitaria, 18,200.

Diagnosticamos una linfangitis supurada (parametritis) del tejido celular pelviano, con segura puerta de entrada por el desgarramiento cervical. La enferma se queja más del lado derecho porque es precisamente allí donde la infiltración es más intensa.

Tratamiento. — Colpotomía posterior, con colocación de un tubo de drenaje; cal endovenosa y sulfamidas; buena alimentación y algún tónico.

Si en lugar de una parametritis se hubiese tratado de una anexitis (fácil de distinguir, pues a los lados o por detrás del fondo uterino se palpan las lesiones y éstas no se continúan insensiblemente con las paredes de la pelvis), el tratamiento sulfamídico y cálcico con calor local hubiese sido suficiente.

PROBLEMA NÚMERO 53. — Puérpera de un mes. El parto fué normal, ocasionando un desgarramiento de tercer grado que fué suturado convenientemente con crin y catgut.

Comparece a nuestra consulta porque al defecar observa que se ensucia los genitales y que al obrar con diarrea no retiene.

Exploración. — Perineo normal en apariencia. Al tacto rectal se aprecia que el esfínter tiene tono, por lo que se descarta una lesión del mismo. Colocando un espéculo vaginal, que se retira paulatinamente sin sacar el dedo del recto, percibimos una fístula rectovaginal en el tercio inferior del conducto.

La génesis de esta fístula es clara. Al verificar la sutura del perineo se tuvo muy en cuenta el esfínter y la parte externa del desgarramiento, suturándolo, pero se dejó de suturar o se suturó mal la vagina, que estaba desgarrada en sentido vertical.

Como el orificio fistulario no es muy grande, ensayamos con el dedo metido en el recto (a fin de evitar una molesta cauterización de la mucosa rectal) unos toques semanales con tintura de yodo y nitrato de plata (en barra) sobre los bordes del orificio, el cual se fué estrechando hasta conducir a la curación clínica de la enferma. De haber fracasado el método, no quedaba otro camino que el tratamiento operatorio.

En las incontinencias fecales sin lesión del esfínter (éste se contrae bien sobre el dedo que tasta) aconsejamos una cura estrícnica y la hidroterapia fría. Sólo cuando transcurridos cinco o seis meses no mejoran (lo que indica que hubo lesión anatómica del esfínter que pasó inadvertida) estará indicado el tratamiento quirúrgico (aun con perineo íntegro).

Precisamente BOERO³⁸ aconseja que aunque no haya habido desgarramiento del perineo, siempre que su flaccidez nos haga pensar en un desgarramiento subcutáneo del mismo, debe hacerse la episiotomía uni o bilateral *post partum*, seguida de reparación con crin.

PROBLEMA NÚMERO 54. — Puérpera de veintisiete días; acude a nuestra consulta porque todavía presenta una abundante pérdida hemática por sus genitales.

El parto fué normal y el alumbramiento espontáneo a los pocos minutos. Guardó poco tiempo cama, levantándose a los cinco días.

Exploración genital. — Utero grueso, globuloso, duro; cuello cerrado, pero grueso y duro, nada anexial ni de tejido conjuntivo pelviano. La movilización del globo uterino resulta dolorosa.

Nos encontramos ante un caso de hemorragia tardía del puerperio, por infección local uterina a la que se ha añadido como factor causal de la misma la hiperemia del levantamiento precoz.

Buen pronóstico, tratamiento antiflogístico genital (irrigaciones calientes, supositorios vaginales de glicerina, estípticos *per os* y calor local húmedo hipogástrico, y más adelante ergóticos contra la hipotonía subsiguiente); reposo general y genital, y vaciamiento diario de la ampolla rectal por un medio que no aumente la congestión pelviana (enema, agar-agar, belladona, parafina).

De tratarse de una hemorragia tardía por retención, el cuello uterino permanecería abierto, y si fuese hipotónica, el útero no sería doloroso a la movilización.

BIBLIOGRAFIA

1. VITAL AZA: «Actas de Obs. y Gin.», vol. I, núm. 1, 1936.
2. METZGUER: «Lessons du jeudi soir...», pág. 11, 1932.
3. CLAUBERG: *Las hormonas sexuales femeninas*.
4. MAHON, RAYMOND: *El factor tiempo en los accidentes infecciosos del aborto*, «Rev. Franc. de Gyn. et Obs.», noviembre 1934.
5. COTTE y GONNET: *Peritonite aigüe d'origine appendiculaire au septième mois de la grossesse, évacuation utérine par le procédé de Delmas*, «Soc. d'Obs. et Gyn.» de Lyon, junio 1929.
6. MASCARÓ, J. M. y GUBERN SALISACHS: *Ileus y embarazo*, «Rev. Esp. de Obs. y Gin.», VII, 1935.
7. LAQUIERE: *Intervención en la Comunicación de Laffont y Callejo: Un cas d'occlusion intestinale au cours de la grossesse*, «Bull. de la Soc. d'Obs. et Gyn.», vol. XXI, pág. 531, 1932.
8. NUBIOLA, PEDRO: *Del sufrimiento fetal*, «Rev. Esp. de Obs. y Gin.», febrero 1936.
9. PALACIOS COSTA, N. y FALSIA MIGUEL, V.: *Nuevas orientaciones en la terapéutica del sufrimiento fetal (Método de Theodorides). Nuestra experiencia*, «Rev. Esp. de Obs. y Gin.», página 300, agosto 1935.
10. ANDERODIAS y PERCY, G.: *Indicaciones de la cesárea baja en las presentaciones de nalgas*, «Gyn. et Obs.», vol. XXXII, núm. 2, 1935.
11. BRINDEAU y LANTEJOUL: *Indicaciones de la cesárea en las presentaciones de nalgas*, «Gyn. et Obs.», vol. XXXII, núm. 5, 1935.
12. CARSI, FEDERICO: *Generalidades sobre distocias dinámicas*, «Actas de Obs. y Gin.», vol. I, núm. 5, pág. 302, mayo 1936.
13. BOGDANOWA, A.: «Rev. Franc. de Gyn. et Obs.», octubre 1934.
14. CATHALA: «Lessons du jeudi soir...», pág. 60, 1934.
15. BERUTI, JOSUÉ A.: «La Semana Médica», pág. 408, febrero 1935.
16. KOENIG, K.: «Rev. Franc. de Gyn. et Obs.», pág. 661, junio 1934.
17. KOENIG y HELD, E.: «Rev. Franc. de Gyn. et Obs.», pág. 673, junio 1934.
18. BERUTI, JOSUÉ A.: «La Semana Médica», pág. 1033, abril 1935.
19. HOLLAND: *Report on the Causation of Foetal Death*. Ministry of Health.
20. KUSTNER: Capítulo de patología del parto del *Tratado de Obstetricia* de DODERLEIN, 2.^a edición, Labor, 1938.
21. BOHLER, E. y REILES, M.: *Consideraciones sobre 24 casos de tumores previos observados durante el embarazo*, «La Gyn.», núm. 3, 1935.
22. VORON, J. y PIEGEAUD, H.: *L'accouchement dirigé*, «Gyn. et Obs.», vol. XXV, núm. 2, 1934.
23. KOURAD: «Arch. fur Gyn.», vol. CLIII, cuaderno 3, pág. 344.
24. BOURNE, ALECK W.: *Recientes adquisiciones en Obstetricia y Ginecología*, 1932.
25. FALLS: «Amér. Jour. Obs. and Gyn.», núm. 29, pág. 316, 1936.
26. BERUTI, JOSUÉ A., LEÓN, A y DIRADOURIAN: «Rev. Esp. de Obs. y Gin.», pág. 58, febrero 1936.
27. METZGUER, MARCEL: *La cueillette du placenta*. «Lessons du jeudi soir...», 1937.
28. FALSIA, MIGUEL V.: *Tratamiento de las hemorragias postparto por el método de Henkel*, «Rev. Esp. de Obs. y Gin.», enero 1935.
29. ECALLE, G.: «Lessons du jeudi soir...», 1934.
30. BUMM, E.: *Tratado de Obstetricia*, 6.^a edición.
31. GONZÁLEZ, JUAN B.: *Profilaxis de las lesiones obstétricas del perineo. Fisiología del proceso y definición de sus tiempos*, «La Semana Médica», núm. 41, pág. 1144, 1931.
32. VIGAROUS: *Cours élémentaire de maladies des femmes*, Deterville Ed., 1801.

33. MASCARÓ Y PORCAR, JOSÉ M.^a: *Fisiología del perineo, patogenia, profilaxis y tratamiento de los desgarros obstétricos*, «Rev. Esp. de Obs. y Gin.», núm. 238, octubre 1935.
34. BELLO, RAÚL: *Nueva maniobra de protección del perineo*, «Bol. de la Soc. de Obs. y Gin.», de Buenos Aires, pág. 552, octubre 1934.
35. PADGET y ORR: *Tratamiento del «shock» traumático por la insulina y la glucosa*, «Sur. Gyn. and Obs.», junio 1928.
36. REEB, M.: *La transfusión de sangre en obstetricia y ginecología*, «Gyn. et Obs.», vol. XXXII, núm. 2, 1935.
37. DIECKMANN, WILLIAM y DAILY, EDWIN: *The rol of blood transfusion in the treatment of obstetric hemorrhage*, «Am. Jour. Obs. and Gyn.», núm. 1, pág. 1, julio 1935.
38. BOERO: Sesión de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, 18 octubre 1934.

PUBLICACIONES DEL DR. J. M. MASCARO PORCAR

1. MANUAL DE EMBRIOLOGÍA HUMANA, de J. Vignoli (Trad. del francés), Salvat Editores, 1926.
2. MUJER (ENSAYOS FEMINISTAS DE PSICOLOGÍA INDIVIDUAL Y SOCIAL), Tipografía Cataluña, Barcelona, 1928.
3. AFECTIVITAT, UN ESQUEMA, *Annals de Medicina*, marzo 1929.
4. L'INCONSCIENT, FONT PATOLÒGICA, *Annals de Medicina*, mayo 1929.
5. ESTAT SANITARI DEL DTE. DE LA CONCEPCIÓ (MEMÒRIA), Tipografía Barcelona, 1934.
6. EQUINOCOCIA PELVIANA (tesis doctoral), *Rev. Cirur. de Barcelona*, enero 1934.
7. RUPTURA DE LA TROMPA GRÁVIDA, *Rev. Española de Obs. y Gin.*, abril 1934.
8. PERCEPCIÓN DE UNA ONDA VAGINAL EN LAS TUMORACIONES Y DERRAMES LÍQUIDOS ABDÓMINOPELVIANOS, *Obs. Gin.*, Barcelona, núm. 3, 1934.
9. UN CASO DE PLACENTA PREVIA NO SANGRANTE DURANTE EL EMBARAZO, *Rev. Española de Obs. y Gin.*, noviembre 1934.
10. LA PSICOLOGIA FEMENINA VISTA PER UN GINECÒLEG, *Annals de Medicina*, junio 1935.
11. ESTERILITAT FEMENINA: HISTÒRIA I ETIOLOGIA, *Annals de Medicina*, junio 1935.
12. ESTERILITAT FEMENINA: DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT, *Annals de Medicina*, julio 1935.
13. ENSAYO PSICOLÓGICO SOBRE LA MUJER, *Obs. Gin.*, Barcelona, núm. 6, 1934.
14. ESTERILIDAD FEMENINA, *La Medicina Ibera*, febrero 1935.
15. CESÀRIA PER OCLUSIÓ INTESTINAL, *Annals de Medicina*, noviembre 1935.
16. ILEUS Y EMBARAZO, *Rev. Esp. de Obs. y Gin.*, julio 1935.
17. LOS ORÍGENES DE LA OBSTETRICIA (CURIOSIDADES Y NOTAS DEL ARTE DE PARTEAR), *Obs. Gin.*, núm. 5, mayo 1935.
18. FISILOGÍA DEL PERINEO: PATOGENIA, PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LOS DESGARROS OBSTÉTRICOS, *Rev. Esp. de Obs. y Gin.*, octubre 1935.
19. URGÈNCIA OBSTÈTRICA: INDICACIONS. Comunicació al IX Congreso de Médicos celebrada en Perpignan en 1936. Libro de Comunicaciones.
20. MANUAL DE OBSTETRICIA NO OPERATORIA (PARA USO DE MATRONAS Y MÉDICOS NO ESPECIALISTAS), Salvat Editores, Barcelona-Buenos Aires, 1942.

MANUALES DE MEDICINA PRACTICA

La colección constará de un número ilimitado de tomos en cuarto menor, de unas 100 a 150 páginas, ilustrados con grabados, radiografías, esquemas, etc. Cada uno tratará de un tema completo, de medicina, cirugía o especialidades, de interés general para el médico práctico y especialmente explicado y desarrollado con miras a los fines de la profesión.

VOLUMENES PUBLICADOS

- COLITIS Y FALSAS COLITIS**, por los Dres. D. Francisco Gallart Monés, Director de la Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, y D. Antonio Gallart Esquerdo, Médico-asistente de la Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona. (2.^a edición.)
- PARASITOSIS INTESTINALES**, por el Dr. D. Fidel Fernández, de Granada.
- TANATOLOGIA FORENSE**, por el Dr. D. A. Alvarez Herrera, de Granada.
- FRACTURAS DEL MIEMBRO INFERIOR**, por el Dr. D. Juan Sánchez Cózar, Catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Zaragoza.
- LAS PARALISIS**, por el Dr. D. Luis Barraquer, Profesor del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona.
- ENFERMEDADES PIOGENAS Y PARASITARIAS DE LA PIEL**, por el Dr. D. José Gay Prieto, Catedrático de Dermatología de la Facultad de Medicina de Madrid.
- EMBARAZO ECTOPICO**, por el Dr. D. Víctor Cónill, Académico, Catedrático de Ginecología de la Facultad de Medicina, Médico de número de la Maternidad de Barcelona.
- LA CONSTITUCION INDIVIDUAL NORMAL**, por el Dr. D. Gonzalo G.^a Rodríguez, Profesor de Patología General de la Facultad de Medicina de Salamanca.
- HELMINTIASIS HUMANAS**, por el Dr. D. Carlos Rodríguez López-Neyra, Miembro de la Comisión Internacional de Parasitología, Catedrático de Mineralogía y Zoología de la Facultad de Farmacia de Granada.
- FRAGILIDAD CAPILAR NORMAL HUMANA. Su importancia en clínica.** Por el Dr. D. Antenor Tey, Profesor Suplente de Clínica Médica y Vicedecano de la Facultad de Medicina de Córdoba (Argentina).
- LEUCORREAS**, por el Dr. D. Emilio Molinero, Médico interno de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander.
- APENDICOPATIAS CRONICAS**, por el Dr. D. Joaquín Manzanos Gutiérrez, Médico agregado del Servicio de Aparato Digestivo de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander.
- PLEURITIS TUBERCULOSAS**, por el Dr. D. Enrique Hervada Iglesias, de La Coruña.
- LITIASIS BILIAR**, por el Dr. D. Félix Landín Allende, Director del Hospital Civil del Generalísimo Franco, de Bilbao.
- PULMONIAS Y BRONCONEUMONIAS**, por el Dr. D. Misael Bañuelos, Catedrático de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Valladolid.
- TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS**, por el Dr. D. José A. Lamelas González, Jefe del Servicio de Cardiología, Endocrinología y Nutrición de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander.
- REUMATISMOS ARTICULARES CRONICOS (no vertebrales).** por el Dr. D. Pedro Barceló, Jefe del Dispensario Reumatológico de la Clínica Médica A de la Facultad de Medicina de Barcelona.
- CLINICA DE LAS HIPOVITAMINOSIS**, por el Dr. D. Eduardo Arias Vallejo, de Madrid.
- LITIASIS URINARIA**, por el Dr. D. Pedro Cifuentes, del Instituto de España, Cirujano Jefe del Servicio de Urología del Hospital de la Princesa, de Madrid.
- EL ABSCESO SUBFRENICO**, por el Dr. D. J. A. Rivera, de Salamanca, Ex Médico Interno y Ex Jefe de Sala del Servicio de Aparato Digestivo de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander.

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS EN SUS DISTINTOS PERIODOS Y LOCALIZACIONES, por el Dr. D. Eduardo de Gregorio, Director del Dispensario Oficial Antivenéreo de Zaragoza.

SIFILIS DEL APARATO DIGESTIVO, por el Dr. D. Gregorio Zamanillo G. Camino, de Santander. (Trabajo de la Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona. Director: Profesor F. Gallart Monés.)

TUBERCULOSIS GENITOURINARIA, por el Dr. D. Antonio Puigvert Gorro, Urólogo del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona.

TROMBOSIS Y OTRAS OBSTRUCCIONES DE LAS CARÓTIDAS, por el Dr. Egas Moniz, Profesor de Clínica Neurológica de la Facultad de Medicina de Lisboa.

APENDICITIS AGUDAS, por el Dr. D. Jaime Pi Figueras, Cirujano del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona.

AFECCIONES DEL ESOFAGO, por el Dr. D. Joaquín García Morán, Jefe Clínico del Hospital Provincial de Oviedo.

PATOLOGÍA FOCAL AMIGDALAR (estudio de la influencia de la infección latente de la amígdala en la etiología de múltiples infecciones orgánicas), por el Dr. D. Juan Berini Ferrán, del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona.

LOS TUMORES CEREBRALES, por el Dr. D. Juan José Barcia Goyanes, Catedrático de la Facultad de Medicina y Jefe del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Provincial de Valencia.

NEUMOTORAX ESPONTANEOS, por los Dres. D. Mariano R. Castex, Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Profesor Titular de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, y D. Egidio S. Mazzei, Profesor Adjunto de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de La Plata.

LAS METORRAGIAS, por el Dr. D. J. Roura Rosés, Ginecólogo del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona.

FISIOPATOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO, por el Dr. D. Arsacio Peña Yáñez, Profesor de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Valladolid.

LAS NEURALGIAS, por los Dres. D. Luis Barraquer, Profesor de Neuropatología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, y D. Emilio Castañer, Médico auxiliar del Departamento de Neuropatología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona.

DISMENORREA. Su relación con la insuficiencia de paratiroides, por el Dr. D. J. Pérez Mata, Tocólogo y Ginecólogo del Instituto Provincial de Córdoba (España).

SIFILIS DEL SISTEMA LINFATICO, por el Dr. D. Javier M. Tomé y Bona, Bibliotecario de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía, de Madrid.

DELGADEZ Y OBESIDAD, por el Dr. D. Eduardo Arias Vallejo, de Madrid.

CERVICITIS, por el Dr. D. Manuel Usandizaga, Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Salamanca, Jefe de los Servicios de Obstetricia y Ginecología de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander.

ABSCESOS Y FLEMONES, por el Dr. D. Enrique Hernández López, Catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Granada.

ESTUDIO CLINICO Y TERAPEUTICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL, DE SUS ACCIDENTES Y COMPLICACIONES, por el Dr. D. Agustín del Cañizo, Catedrático de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Madrid.

DISECCION REGLADA DE LAS VISCERAS DEL ABDOMEN, por el Prof. Miguel Guirao Gea, Catedrático Decano de la Facultad de Medicina de Granada.

ELECTROCARDIOGRAFIA, por el Dr. D. Luis Calandre, de Madrid.

CARDIACOS NEGROS, por el Dr. D. Juan Raúl Goyena, Catedrático de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

INFILTRACIONES PULMONARES EN LA INFANCIA, por el Dr. D. Salvador Almansa de Cara, Jefe de la Lucha Antituberculosa, de Málaga.

ROENTGENTERAPIA EFICAZ (con exclusión de las neoplasias malignas), por el Dr. D. R. Torres Carreras, Ex miembro del Comité Internacional de Medidas Radiológicas, de Barcelona.

DIAGNOSTICO DE LA GESTACION, por el Dr. D. Luis Recasens, Catedrático de la facultad de Medicina de Sevilla.

BREVIARIO DE LA URGENCIA OBSTETRICA (criterio clínico e indicaciones), por el Dr. José M.ª Mascaró, de Barcelona.

EN PRENSA

DERMATOSIS ESPECIALES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES (úlceras de las piernas), por el Dr. D. Jaime Peyrí Rocamora, Catedrático de Dermatología de la Facultad de Medicina de Barcelona.

TEORIA Y MANEJO DEL MICROSCOPIO: SU APLICACION A LA CLINICA, por el Dr. D. J. M.ª Clavera, Catedrático de la Facultad de Farmacia, Jefe Químico del Instituto Provincial de Higiene de Granada.

ESTERILIDAD MATRIMONIAL, por el Dr. A. Clavero Núñez, Conservador del Museo de la Facultad de Medicina de Valencia.

LESIONES POR ARMA BLANCA (Medicina legal), por el Dr. D. Ricardo Royo-Villanova Morales, Decano y Catedrático de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Valladolid.

LAS HEMORRAGIAS DEL TUBO DIGESTIVO, por el Dr. D. Fidel Fernández, de Granada.

ALGUNOS ERRORES DE DIAGNOSTICOS NEUROLOGICOS, por el Dr. D. Luis Barraquer, Profesor de Neuropatología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona.

TUMORES MEDULARES, por el Prof. Almeida Lima, Jefe del Servicio de Neurocirugía del Instituto de Neurología de Lisboa.

ORINAS TURBIAS, por el Dr. D. R. Alcalá Santaella, Catedrático de la Facultad de Medicina de Valencia.

LAS CONJUNTIVITIS, por el Dr. D. A. Vila Coro, de Barcelona.

TERAPEUTICA ALIMENTICIA, por el Dr. D. Eduardo Arias Vallejo, de Madrid.

MAL DE POTT, por el Dr. D. F. García Dihinx, Profesor Auxiliar de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

ERITROSEDIMENTACION. Su aplicación en la clínica, por el Dr. D. Alberto Chattás, del Instituto de Tisiología y Jefe de Clínica de la Facultad de Medicina de Córdoba (Argentina).

PIEL Y ANEXOS, Y GLANDULAS ENDOCRINAS, por los Dres. J. C. Mussio Fournier, Director del Instituto de Endocrinología y Profesor de la Facultad de Medicina de Montevideo, Raúl A. Piaggio Blanco, Prof. Agdo. de Patología Interna, y José M. Cerviño, Subdirector del I. de Endocrinología de Montevideo.

EN PREPARACION

LA BRUCELOSIS HUMANA (Fiebre de Malta. Enfermedad de Bang), por el Dr. D. Agustín Pedro y Pons, Catedrático de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Barcelona.

FIEBRE TIFOIDEA Y ENFERMEDADES PARATIFICAS, por el Dr. D. Fabián Isamat Vila, Médico del Hospital Municipal de Infecciosos de Barcelona.

PROCESOS GRIPALES (Influenza, Gripe epidémica, Gripe esporádica), por el Dr. D. Fabián Isamat Vila, Médico del Hospital Municipal de Infecciosos de Barcelona.

EL PROBLEMA DE LA VIRUELA, por el Dr. D. Ulpiano Villanueva de Castro, Catedrático de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela.

EL REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO, por el Dr. D. Domingo García Sabell, de Santiago de Compostela.

REUMATISMOS CRONICOS (vertebrales), por el Dr. D. Pedro Barceló, Jefe del Dispensario Reumatológico de la Clínica Médica A de la Facultad de Medicina de Barcelona.

NOCIONES ACTUALES DE TUBERCULOSIS, por el Prof. D. Clementino Fraga, Catedrático de Clínica Médica de la Facultad Nacional de Medicina de la Universidad de Río de Janeiro.

EL TIFUS EXANTEMATICO, por los Drs. Prof. D. Fernando Fonseca, Profesor agregado de la Facultad de Medicina y Dr. Federico Wholwill, Prosector de Anatomía Patológica del Hospital Escolar, de Lisboa.

PATOLOGIA FUNCIONAL DE LA INFLAMACION, por el Dr. D. José Luis R. Candela, Catedrático de Patología General de la Facultad de Medicina de Valladolid.

ENFERMEDADES DEL MEDIASTINO, por el Dr. D. Temístocles Castellano, Titular de Clínica Médica de la Facultad de Córdoba (Argentina).

EL CANCER DEL PULMON, por el Dr. D. Diego García Alonso, Jefe del Servicio de Aparato Respiratorio de la Casa de Salud Valdecilla, Director del Dispensario Antituberculoso Central de Santander.

DILATACIONES BRONQUIALES (congénitas y adquiridas), por el Prof. D. Mariano R. Castex, Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Profesor Titular de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

PROCESOS SUPURATIVOS DEL APARATO RESPIRATORIO, por el Dr. D. Salvador Almansa de Cara, Jefe de la Lucha Antituberculosa de Málaga.

EL ASMA Y OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ALERGICAS, por el Dr. D. Alvaro Urgoiti, Director del Dispensario Antituberculoso Central y Jefe de la Sección Provincial de Tuberculosis de La Coruña.

APORTACIONES CLINICAS A LOS NUEVOS CONCEPTOS SOBRE LA TUBERCULOSIS PULMONAR, por el Dr. D. Francisco Ferrer Solervicéns, Catedrático de Patología y Clínica Médicas de la Facultad de Medicina de Barcelona.

EL ABDOMEN AGUDO, por el Dr. D. Julián Bergareche, Cirujano de la Clínica «San Ignacio», de San Sebastián.

CIRUGIA DE LAS VIAS BILIARES, por el Dr. D. Lanreano Olivares, Catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid.

EXPLORACION Y FISIOPATOLOGIA GASTRICAS, por el Dr. D. F. Enriquez de Salamanca, Catedrático de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Madrid, Decano de la Facultad de Medicina. Del Instituto de España.

LA ULCERA GASTRODUODENAL, por el Dr. D. Juan José Beretervide, Profesor de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

LAS CIRROSIS HEPATICAS, por el Dr. D. Jesús del Cañizo, Profesor de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Madrid.

LAS ASCITIS, semiología, tipos clínicos, diagnóstico y tratamiento, por el Dr. D. Raúl A. Piaggio Blanco, Profesor agregado de Patología Interna, de Montevideo.

CLINICA DE LAS ICTERICIAS, por el Dr. D. Heliodoro G. Mogená, Profesor Auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid.

COPROLOGIA CLINICA Y MICROSCOPICA, por el Dr. D. Carlos Rodríguez López-Neyra, Catedrático de Mineralogía y Zoología de la Facultad de Farmacia de Granada.

QUISTES HIDATIDICOS DEL HIGADO, por el Dr. D. Roberto Pereyra, Catedrático de Anatomía de la Facultad de Medicina de Montevideo.

LAS DISPEPSIAS, por el Dr. D. Roberto Pereyra, Catedrático de Anatomía de la Facultad de Medicina de Montevideo.

INDICACIONES Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO OPERATORIO DE LAS AFECCIONES GASTRODUODENALES NO CANCEROSAS, por el Dr. D. Antonio Cortés Lladó, Catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Sevilla.

MEGACOLON Y DOLICOLON, por el Dr. D. Abilio G. Barón, Jefe del Servicio de Aparato Digestivo de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander.

OBSTRUCCION INTESTINAL, por el Dr. D. Pablo de Sala, de Madrid.

AFECCIONES ANORRECTALES, por el Dr. D. José Barberá Voltés, de la Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (Director: Prof. F. Gallart Monés), de Barcelona.

AFECCIONES DEL PÁNCREAS, por el Prof. Dr. D. Cándido Patiño Mayer, de Buenos Aires.

PATOLOGIA DE LAS GLANDULAS SUPRARRENALES, por el Dr. D. Darío Carrasco Pardal, Profesor de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Salamanca.

VITAMINAS Y SISTEMA NERVIOSO, por el Prof. Dr. D. Antonio Austregésilo, Catedrático de Clínica Neurológica de la Facultad Nacional de Medicina de la Universidad de Río de Janeiro.

LA QUIMICA BIOLOGICA AL ALCANCE DEL MEDICO PRACTICO, por el Dr. D. Gonzalo Gallas, Catedrático de Química Orgánica de la Facultad de Farmacia de Granada, Decano de la Facultad de Ciencias.

TRASTORNOS DEL METABOLISMO PIGMENTARIO, por el Dr. D. F. Enriquez de Salamanca, Catedrático de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Madrid, Decano de la Facultad de Medicina. Del Instituto de España.

FISIOPATOLOGIA DE LA TIROIDES, por el Dr. D. Leandro Cervera, de Barcelona.

LA PUBERTAD, por el Dr. D. Leandro Cervera, de Barcelona.

ENDOCRINOLOGIA SEXUAL MASCULINA, Obra laureada por la Academia Nacional de Medicina del Brasil con el premio «Miguel Couto», por el Dr. Estelita Filho, Presidente del Colegio Brasileño de Urología, de Río de Janeiro.

FISIOPATOLOGIA ENDOCRINA DEL OVARIO, por el Dr. D. Jesús García Orcóyen, Profesor de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Madrid.

LA ARTERIOSCLEROSIS, por el Dr. D. Misael Bañuelos, Catedrático de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Valladolid.

LA ANGINA DE PECHO, por el Dr. D. Francisco de A. Estapé, Profesor del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona.

INFARTO DEL MIOCARDIO, por el Prof. Dr. D. Eduardo Coelho, Profesor de la Facultad de Medicina, Médico del Hospital de Santa Marta, de Lisboa.

REUMATISMO CARDIOVASCULAR, por el Dr. D. Juan Gibert-Queraltó, Jefe del Dispensario de Cardiología de la Clínica Médica A de la Facultad de Medicina de Barcelona.

SIFILIS CARDIOVASCULAR, por los Dres. José M.^a Framis de Mena, Jefe de la Sección de Cardiología del Instituto de Medicina Experimental de Barcelona, y Carlos Pijoan de Beristain, Médico del mismo Servicio.

VARICES, por el Dr. D. José A. Lamelas González, Jefe del Servicio de Cardiología, Endocrinología y Nutrición de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander.

FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS, por el Dr. D. José A. Lamelas González, Jefe del Servicio de Cardiología, Endocrinología y Nutrición de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander.

LOS SINDROMES EXTRAPIRAMIDALES, por el Dr. D. Ramón Rodríguez Somoza, Director del Manicomio de Conjo, Santiago de Compostela.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA, por el Dr. D. Antonio Torres López, Profesor de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Granada.

MENINGITIS TUBERCULOSAS, por el Dr. D. Juan Purriel, de Montevideo.

LA ESQUIZOFRENIA Y SUS TRATAMIENTOS ACTUALES, por el Dr. D. Pedro Ortiz Ramos, Jefe del Servicio Psiquiátrico del Hospital Civil y Director de la Clínica de Reposo «Los Angeles», de Málaga.

PSIQUIATRIA DE URGENCIA, por el Dr. D. J. Fuster y Pomar, Psiquiatra Director del Sanatorio Pedralbes de Barcelona.

ENFERMEDADES HEREDOFAMILIARES DEL SISTEMA NERVIOSO, por el Dr. A. Borges Fortes, Docente y Jefe de Clínica Neurológica de la Facultad Nacional de Medicina de la Universidad de Río de Janeiro.

LOS SINDROMES HUMORALES DEL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO, por los Dres. D. Juan José Beretervide, Profesor de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, y D. C. Rechniewiski.

ENCEFALOMIELITIS AGUDAS Y CRONICAS, por el Dr. D. Juan Andreu Urra, Catedrático de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Sevilla.

SINDROMES POR CARENCIA EN LA INFANCIA, por el Dr. D. Gregorio Vidal Jordana, Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Barcelona.

LAS FIEBRES ERUPTIVAS EN LA INFANCIA, por el Dr. D. Antonio Lorente Sanz, Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Zaragoza, Decano de la Facultad.

PATOLOGIA DE LA CADERA INFANTIL, por el Dr. D. Daniel Errazu, Jefe Clínico del Hospital Civil del Generalísimo Franco, de Bilbao.

DISTROFIA Y ATROFIA DEL LACTANTE, por el Dr. D. Guillermo Arce, Catedrático de Pediatría. Santander.

DIETETICA DEL LACTANTE, por el Dr. D. Evelio Salazar, Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Valladolid.

TRASTORNOS AGUDOS DE LA NUTRICION DEL LACTANTE, por el Dr. D. Evelio Salazar, Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Valladolid.

MENINGITIS EN LA EDAD INFANTIL, por el Dr. D. Antonio Galdó, Profesor clínico de Pediatría. Granada.

LA DIFTERIA, por el Dr. D. Pedro Martínez García, Catedrático de Pediatría. Profesor del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona.

LA ENFERMEDAD DE HEINE-MEDIN, por el Dr. D. Tomás Sala Sánchez, Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Cádiz.

ENFERMEDADES NERVIOSAS DE LA INFANCIA, por el Dr. A. Borges Fortes, Docente de la Facultad Nacional de Medicina de la Universidad de Río de Janeiro.

LA BRONQUIECTASIA EN LA INFANCIA, por el Dr. D. Manuel Salvat Espasa, Médico escolar. Barcelona.

MALFORMACIONES EN LA INFANCIA, por el Dr. D. Daniel Errazu, Jefe clínico del Hospital Civil del Generalísimo Franco, de Bilbao.

DISTROFIAS OSEAS INFANTILES, por los Drs. D. Alberto Munilla, D. J. R. Marcos y D. J. A. Soto, médicos del «Instituto de Pediatría Dr. Morquio», de Montevideo.

CRECIMIENTO, por el Dr. D. Benjamín Albagli, Asistente extranumerario de la Facultad Nacional de Medicina de Río de Janeiro.

TRAUMATISMOS DEL CRANEO, por el Dr. D. Laureano Olivares, Catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA, por el Dr. D. León Cardenal, Catedrático de Cirugía de la Facultad de Medicina de Madrid.

HERNIAS EXTERNAS, por el Dr. D. León Cardenal, Catedrático de Cirugía de la Facultad de Medicina de Madrid.

FRACTURAS. GENERALIDADES, por el Dr. D. Miguel Moraza Ortega, Catedrático de Terapéutica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Salamanca.

FRACTURAS DEL RAQUIS Y MIEMBRO SUPERIOR, por el Dr. D. Miguel Moraza Ortega, Catedrático de Terapéutica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Salamanca.

TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS, por el Dr. D. Ramón Baltar, Cirujano del Hospital Provincial. Profesor de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela.

ANÁLISIS DE ORINA, por el Dr. D. Jesús Isamat Vila, Farmacéutico Jefe de la Farmacia del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Barcelona, Profesor de la Facultad de Farmacia de Barcelona.

LAS HEMATURIAS, por el Dr. D. José Martín Vivaldi, Profesor de Urología de la Facultad de Medicina de Granada.

LA HIPERTROFIA PROSTATICA, por el Dr. D. Manuel Villar Iglesias. Catedrático de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela.

NEFRITIS, por el Dr. D. Luis Cifuentes Delatte, Médico Interno del Servicio de Urología del Hospital de la Princesa de Madrid.

LOS SINDROMES URINARIOS, por el Dr. D. Antonio Puigvert Gorro, Urólogo del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona.

PTOSIS RENAL, por el Dr. D. Pedro Cifuentes, del Instituto de España, Cirujano Jefe del Servicio de Urología del Hospital de la Princesa, de Madrid.

ANÁLISIS QUÍMICO DE LA SANGRE, por el Dr. D. Jesús Isamat Vila, Farmacéutico Jefe de la Farmacia del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Barcelona, Profesor de la Facultad de Farmacia de Barcelona.

VALOR DE LA FORMULA LEUCOCITARIA COMO MEDIO DIAGNÓSTICO, por el Dr. D. Ildemonso Camacho Baños, Director del Laboratorio Municipal de Sevilla.

EL CITOGRAMA OBTENIDO POR PUNCIÓN (Valor de las punciones ganglionar, medular, esplénica, hepática, pulmonar, etc. para el diagnóstico), por los Dres. D. Raúl A. Piaggio Blanco, Profesor agregado de Patología Interna, y D. Pedro Paseyro, de Montevideo.

LA ANEMIA PERNICIOSA, por el Dr. D. E. Domínguez Rodiño, de Sevilla.

LOS GRANDES SINDROMES HEMÁTICOS Y SUS FUNDAMENTOS FISIOPATOLÓGICOS, por el Dr. D. Andrés E. Bianchi, Profesor de Anatomía y Fisiología patológicas de las Facultades de Medicina de Buenos Aires y La Plata (Argentina).

ESPLENOMEGALIAS, por el Prof. D. Rocha Vaz, Catedrático de Clínica Médica de la Facultad Nacional de Medicina de la Universidad de Río de Janeiro.

LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE, por el Dr. D. Jorge Guasch, Jefe de la Sección de Hematología y Transfusión de sangre del Policlínico de Barcelona.

ANEMIA APLÁSTICA Y DIABETES; SU TRATAMIENTO, por el Dr. D. Raúl Novaro, Profesor honorario de Patología Médica y Director del Hospital Rawson, de Buenos Aires.

PROLAPSOS UTERINOS, por el Dr. D. Ricardo Horno Alcorta, Profesor de Ginecología de la Facultad de Medicina, Director de «Clínica y Laboratorio», de Zaragoza.

TUBERCULOSIS ANEXIAL, por el Dr. D. Manuel Usandizaga, Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Salamanca, Jefe de los Servicios de Obstetricia y Ginecología de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander.

CÁNCER DEL CUELLO UTERINO, por el Prof. Francisco Gentil, Profesor de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Lisboa.

MECANISMO DEL PARTO, por el Prof. D. Fernando Magalhaes, Catedrático de Clínica Obstétrica de la Facultad Nacional de Medicina de la Universidad de Río de Janeiro.

EL FORCEPS, por el Dr. D. Jesús García Orcyoyen, Profesor de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Madrid.

LA INFECCIÓN PUERPERAL, por el Dr. D. Luis Recasens, Catedrático de la Facultad de Medicina de Sevilla.

ECZEMA, por el Dr. D. J. Gómez Orbaneja, Médico de la Lucha Oficial Antivenérea, de Madrid.

DERMATOSIS PROFESIONALES, por el Dr. D. Javier M. Tomé y Bona, Bibliotecario de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía, de Madrid.

CÁNCER CUTÁNEO, por el Dr. D. Ángel H. Roffo, Profesor de Cancerología, Prof. Honorario de la Universidad de Buenos Aires, Director del Instituto de Medicina Experimental para el Estudio y Tratamiento del Cáncer, de Buenos Aires.

VACUNOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA EN VENEREOLOGIA, por el Dr. D. Eduardo de Gregorio, Director del Dispensario Oficial Antivenéreo de Zaragoza.

LA ENFERMEDAD DE NICOLAS-FAVRE, por el Dr. D. José Gay Prieto, Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid.

ULCERACIONES VENÉREAS DE LOS GENITALES, por el Dr. D. José May, de Montevideo.

ENFERMEDADES DEL GLOBO DEL OJO, por el Dr. D. Ignacio Barraquer y Barraquer, de Barcelona.

TRACOMA, por el Dr. D. A. Vila Coro, de Barcelona.

GLAUCOMA, por el Dr. D. Ángel Moreu, Profesor A. de la Facultad de Medicina de Valencia.

LOS TRASTORNOS NERVIOSOS DE LOS OJOS Y SU RELACION CON LAS ENFERMEDADES GENERALES, por el Dr. D. Julio Moreno, Profesor de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Granada.

FISIOPATOLOGÍA DEL NERVIÓ ÓPTICO, por el Dr. D. A. Vila Coro, de Barcelona.

CUERPOS EXTRAÑOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA, por el Dr. D. Julio Cobos, Catedrático de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de Sevilla.

MUERTE SUBITA DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICOLEGAL, por el Prof. D. Ramón Álvarez de Toledo y Valero, Catedrático de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Granada.

HIGIENE RURAL, por el Dr. D. Emilio Zapatero Ballesteros, Catedrático de Higiene y Microbiología de la Facultad de Medicina de Valladolid.

EDUCACIÓN FÍSICA, por el Dr. D. Jesús Fernández Cabeza, de Madrid.

HISTORIA DE LA MEDICINA ESPAÑOLA, por el Dr. D. Víctor Escribano, Catedrático de la Facultad de Medicina de Granada.

Manual de Obstetricia para comadronas

por el Dr. L. PISKACEK

Era indispensable la existencia de una obra de carácter científico, de autor renombrado, en que la materia de estudio se halle ordenada en tal forma que todo lo anómalo esté separado de lo normal para señalar ya desde el primer momento a las futuras comadronas el terreno bien limitado en que ha de desarrollarse su actividad y se indiquen de una manera especial todas las ocasiones en que hay que solicitar el auxilio del facultativo. En la obra que ofrecemos a las señoras matronas son objeto de una mayor extensión los capítulos tan importantes relativos a la asepsia y a la antisepsia, base de toda la práctica obstétrica. Un punto delicado en obras de esta naturaleza es la descripción de ciertas operaciones tocológicas, pues si dicha descripción puede dar pie a que las comadronas se tomen excesivas atribuciones dada la elasticidad del criterio para solicitar el auxilio del médico, la omisión de tal descripción puede originar desgracias.

Un tomo en cuarto mayor, de 350 páginas, ilustrado con 103 grabados.

Clínica obstétrica

por el doctor C. LIEPMANN

Este libro no es un extenso tratado de Obstetricia ni tampoco un «vademécum»: sólo se propone adiestrar en la pronta resolución de los problemas obstétricos. El autor, antes de entrar en materia de enseñanza, invita a los alumnos a que emitan su opinión respecto a cada caso, y estas contestaciones, buenas y malas, indican el camino a seguir para que la enseñanza resulte amena y provechosa. Ha procurado también en lo posible no abordar cuestiones etiológicas, prestando particular atención a aquellas minuciosidades técnicas que tantas dificultades ofrecen al principiante. Los métodos de dilatación y la maniobra combinada para la extracción de los fetos pequeños y anencéfalos tienen en esta obra adecuado lugar. Hace, finalmente, algunas consideraciones atinadas y prácticas sobre el empleo del cinturón de Momburg, así como el uso del «colpeurinter».

Forma un tomo en cuarto mayor, de 416 páginas, esmeradamente impreso, ilustrado con 313 grabados en negro y colores intercalados en el texto.