do constante, cualquier causa fortuita de entorpecimiento en la progresión del huevo determina una fijación *in situ*.

El otro corolario se refiere a la terapéutica. Cuando se opera un embarazo tubárico, debe extirparse siempre la trompa? ¿Debe extirparse también la opuesta?

Consecuente con mis afirmaciones anteriores, creo que debe extirparse la trompa causante; en primer lugar por la rapidez de ejecución, tan necesaria en muchos casos; en segundo lugar por la mayor facilidad de recidiva que impone el dejarla, ya que la estadística de Hasselblat, aunque sólo consta de 19 casos debe fundarse también en una pequeña porción de casos de conservadurismo; en tercer lugar, porque si la otra trompa está sana, ya dejamos a la mujer con aptitud para la reproducción. Ahora, si la otra trompa está inútil y la enferma tiene vehementes deseos de tener hijos, puede darse el caso que hagamos lo posible para ser conservadores.

En cuanto a la extirpación de la otra trompa, a lo que parece invitar la frecuencia de las recidivas (8 por 100), no soy partidario de ello, puesto que la misma casuística da para las ya operadas un tanto por ciento de embarazos bastante regular (más de 8 por 100) que no puede despreciarse; solamente en casos especiales puede aceptarse.

Como resumen de lo expuesto diré que: el embarazo ectópico es mucho más frecuente de lo que parece, y debe conocerlo el médico internista porque es el primero que lo ha de ver. Muchas enfermas curan expontáneamente del accidente, que si es leve, parece un aborto corriente. El haberlo tenido una vez indica un estado reaccional de las tromas con predisposición a la recidiva.

Estas enfermas predispuestas pueden, no obstante, tener en los intervalos, embarazos normales. Por este motivo, estando indicada la extirpación de la trompa objeto del accidente, debe conservarse la trompa opuesta, y si ésta está obturada debe procurarse desobstruirla, y si no es posible, procurar conservar la que es objeto del accidente.

Sesión científica del día 15 de diciembre de 1930.

PRESIDENCIA DR. PI SUÑER

Accidentes desagradables o graves que pueden surgir en un parto pronosticado de curso eutócico.

POR EL DR. F. PROUBASTA

Voy a ocuparme, en cumplimiento de un deber académico, casi ineludible, de los accidentes desagradables o graves, que pueden surgir en el parto de una mujer, cuyo embarazo ha sido un curso normal y que, después de repetidos exámenes, se ha creído, dada la no existencia de trastorno alguno, que el parto seguiría un cuso eutócico.

Sería abusivo discutir todas las complicaciones, que pueden presentarse en el curso de parto. Me limitaré a ofrecer a vuestra consideración los trastornos que inesperadamente pueden aparecer y que están en plena discusión para esclarecer su origen y evitar su encuentro, llenando con sendos artículos las publicaciones de especialidad y aún las de índole general.

Siguiendo un orden cronológico, el primer punto a dilucidar es el siguiente: sucede, a veces, que, ante nuestra confusión y sorpresa, el feto por nosotros diagnosticado de presentación de vértice nace de nalgas, equivocación frecuente y accidente más desagradable que grave en manos de un buen tocólogo; pero como la mortalidad es algo mayor, sobre todo en primíparas por-

tadoras de feto grande, y hay manera de corregir la presentación viciosa durante el embarazo, tal contratiempo debe evitarse.

El diagnóstico de presentación y posición no es tarea fácil, como algunos piensan, y raro es el tocólogo, que en su vida no haya caído más de una vez en error. Es por este motivo que muchos autores, entre ellos Gauss, Sachs, Fuchs, Piskaschek, han propuesto nuevas maneras o simples modificaciones de las maniobras clásicas de exploración en evitación de equivocaciones diagnósticas.

Hay, desde luego, condiciones extrañas al valor del procedimiento empleado, que pueden conducir al error, por ejemplo, el exceso de líquido amniótico o sobra de grasa en las paredes abdominales. Pajot, Tarnier y el director de la Maternidad de París, llegaron a desconocer la existencia de un embarazo, pariendo la enferma mientras estaban discutiendo lo que podría hacerse para tratar un tumor que ellos suponían existente. La embarazada era enormemente obesa. También una vejiga y un recto excesivamente repletos pueden alterar el juicio diagnóstico, siendo, por tanto, preciso, que estén, principalmente la vejiga, vacíos en el momento del examen.

Es un gran mérito para Leopold el haber sistematizado y ordenado las maniobras destinadas al diagnóstico de las posiciones y presentación fetales, maniobras que, como sabéis, son cuatro y que recordaré brevemente.

La primera está destinada a precisar la altura, que alcanza el fondo uterino, dato importante para estimar aproximadamente el tiempo del embarazo; la segunda tiene por objeto saber en qué lado se halla el tronco fetal; con la tercera se determina el tamaño y situación de la parte, que se presenta, y la cuarta maniobra es un complemento de la anterior y aun la substituye, cuando el polo fetal que se ofrece está profundamente encajado.

Con el empleo de las cuatro maniobras de Leopold es bien difícil equivocarse, tomando una presentación de nalgas por una de vértice, sobre todo, si en la cuarta maniobra se atiende cuidadosamente a diferenciar el occipucio de la frente, ésta de mayor volumen; pero la equivocación no es imposible. Son maniobras, en nuestro concepto, insustituíbles; pero también creemos, que en las diversas modificaciones o substituciones propuestas, hay elementos de gran valor para controlar, para confirmar los resultados obtenidos por aquéllas, disminuyendo con su empleo la casi totalidad de equivocaciones posibles, aunque hasta ahora no se hayan incorporado definitivamente al acervo científico.

Sería temerario querer analizar todas las modificaciones propuestas. En aras a la brevedad, os expondré las que tienen en mi concepto, más valor práctico y dignas de ser tenidas en cuenta.

Descontando el señalar el límite superior de la matriz, las finalidades principales de la palpación obstétrica son dos: saber el sitio donde se halla el tronco y en cual la cabeza fetales.

Para apreciar hacia qué lado está el tronco fetal, hay la segunda maniobra de Leopold; pero a veces ocurre que al palpar, no se puede precisar por exceso de líquido amniótico. Cuando tal ocurra y sin abandonar el procedimiento, coloca un ayudante la mano sobre el fondo del útero y comprime hacia abajo y entonces, incurvándose con mayor intensidad la columna vertebral, se hace más asequible. En otros casos se puede acudir al procedimiento de hacer colocar a la embarazada de lado, con lo que se logra, que el feto se apoye con más energía sobre las paredes laterales uterinas, haciéndose más evidente la situación del tronco o las extremidades fetales. Nosotros terminamos esta maniobra, si no hemos llegado con ella el completo convencimieno, con la modificación de Piskaschek: el tocólogo, que explora, dirige la cara anterior de su cuerpo, contra el borde lateral de la cama o mesa de exploraciones y, con las dos manos juntas, una al lado de la otra, se palpa primero uno de los lados del abdomen de la embarazada,, después el otro; el dorso del feto se encuentra en el lado en que la resistencia es mayor En el lado opuesto, las paredes abdominales se dejan hundir profundamente.

Si alguna vez, al explorar a una embarazada con estas maniobras, halláis igual resistencia en ambos lados, en lugar de creer en una falta de sensibilidad por vuestra parte, pensad mejor en la posibilidad de que se trata de la existencia de dos troncos, de que existe un embarazo gemelar, y obrad en consecuencia para comprobarlo.

Si insistimos en esta maniobra destinada a apreciar la situación del tronco fetal, es por el hecho de que el pronóstico varía según se trate de una O. I. I. A. o de una O. I. D. P. Un

feto voluminoso en O. I. D. P. y en una primípara, puede provocar graves dificultades. Los norteamericanos así lo creen, a la cabeza de ellos Lee, opinión no compartida en otras naciones. Ya Tarnier afirmó que puede ser causa de fuerte distocia una cabeza en O. I. D. P., si se presenta en forma asinclítica, pues queda detenida en el estrecho superior. En nuestra práctica, hemos extraído algunos grandes fetos muertos y aún putrefactos, por haber abandonado a sus fuerzas a una parturienta en la creencia de que, tratándose de una presentación de vértice, nada grave podía suceder, siendo cuestión de tiempo y paciencia el término del parto. En una ocasión debimos practicar una operación de Porro, a tal grado había llegado la corrupción fetal y la infección de la puérpara.

Las O. I. D. P. tienen, a veces, poca tendencia a descender, conservándose bastante alejadas para que el tacto vaginal no perciba con claridad la presentación, siendo tal hecho lo suficiente para que un médico no especializado cometa errores de bulto. El pasado verano, por ejemplo, me fué enviada por un compañero de un pueblo de la costa, una embarazada, que llevaba tres días con la bolsa de las aguas rota. Como durante este tiempo, el tacto vaginal hecho por el médico y la comadrona no permitía percibir con evidencia la presentación, creyeron buenamente que se trataba de una grave estrechez pelviana y que debía serle practicada una operación cesárea. Pocas horas después de hacerme cargo de ella, se inició el parto, pariendo un feto, que se presentaba, como se ha dicho, de vértice en occipitoposterior, con relativa rapidez.

El deslindar, con la tercera y cuarta maniobra de Leopold, si el polo que se ofrece al estrecho superior es una cabeza o una pelvis, no es cosa fácil y no siempre se llega a adquirir con tales maniobras, lo que debe ser preciso para sentar un diagnóstico, una seguridad absoluta. Basándose el criterio en un más o un menos en el volumen y dureza de la parte que se presenta, es propicio al error. Una comprobación la da el proceder de Gauss. Deslizamos la mano correspondiente con los dedos dirigidos hacia el estrecho superior por el lado donde se halle el tronco del feto, hasta hallar un vacío angular formado por la cabeza y el hombro fetales, lo cual por sí sólo es ya un hecho de gran valor para apreciar que es una cabeza lo que se presenta, pues no se trata de un más o menos, sino de un accidente topográfico de toda evidencia. La otra mano se coloca en dirección transversal y perpendicular a la primera y en el lado opuesto del abdomen materno y hundiéndola en mayor o menor cuantía, según las exigencias de la presentación, se va en busca del mentón, que *se encuentra siempre*, si la vejiga urinaria está vacía y no hay exceso de aguas amnióticas. El mentón se halla a cuatro dedos del estrecho superior si la cabeza no está encajada, distancia que va disminuyendo a medida que el polo cefálico desciende.

Otra maniobra destinada a esclarecer la presentación es la palpación supra-sinfisiaria de Sachs o, por mejor decir, suprapública. Si se palpa cuidadosamente la parte situada sobre el pubis y, si es la cabeza, se encuentra una bóveda dura, seguida bien pronto de un hundimiento, al insinuarse los dedos en la región del cuello fetal. Además, con la palpación se puede hallar, como dato de gran valor, el borde inferior de la mandíbula inferior, fácilmente cognoscible por su dureza y forma marcadamente rectilínea, bien distinta de la que tiene el reborde pélvico fetal, que es curvilíneo. Si se comprime dicho punto con alguna energía, no mucha, la enferma acusa dolor.

Otra comprobación es la señalada por Fuchs, quien hunde las manos extendidas y colocadas sobre la región púbica e intenta colocar el polo que se presenta entre ellas para su exploración. Nosotros, al practicar este proceder, dirigimos luego oblícuamentte las manos hacia arriba. Si es una presentación cefálica, las manos encuentran pronto el resalte formado por la cabeza con el pecho y dorso fetales; si es una pelvis, las manos marchan hacia arriba sin interrupción, al seguir la superficie del muslo y de tronco fetales, y las manos, en lugar de acercarse, se separan cada vez más.

Mejor que la maniobra de Fuchs, es tal vez, la de Piskas-chek y es la siguiente: la persona que practica la exploración debe situarse al lado de la cama con la espalda vuelta hacia la cabeza de la mujer que se explora y colocará sus manos planas y con las yemas dirigidas hacia abajo sobre el abdomen por encima del estrecho superior, dejando entre ellas, un espacio de la anchura aproximada de la palma de una mano. Se ejerce primero con los dedos de una mano y después con los de la otra presiones, y si es la cabeza se hallará un cuerpo esférico voluminoso y duro, y si es la extremidad pelviana un cuerpo esférico más blando.

Esta maniobra es mucho más sensible que el cuarto tiempo del proceder de Leopold, para el diagnóstico de la presentación. Con ella se palpa con todo cuidado, con el proceder de Leopold se comprime. Puede completarse abandonando la mano situada en el lado contrario al hallado para el dorso, el estrecho superior y a cuatro dedos por encima de él, se hallará, palpando con cuidado, el borde inferior del maxilar inferior, inconfundible.

Lo dicho se refiere principamente cuando la presentación es occipito anterior, la más frecuente; si es occipito posterior, al descender las manos hacia abajo en la cuarta maniobra, la mano derecha se hunde más que la izquierda, detenida por el mentón. Sólo en el curso del parto se detiene aproximadamente a igual o a menor altura cuando la cabeza está deflexionada, como ocurre en la presentación de cara y frente. Esta observación, hecha por Vogt, es de la mayor importancia.

El examen del fondo del útero, por el espesor de las paredes uterinas, es poco apropósito para el diagnóstico; pero también puede servirnos, siguiendo la escuela francesa, como comprobación de una presentación de pelvis. Los signos que denuncian la presentación pelviana son el peloteo cefálico, el surco del cuello y el poder empuñar la cabeza fetal con la mano (*palper prehenseur* de los franceses).

La auscultación es también un medio preciso para fijar un diagnóstico.

Todos los procedimintos descritos son indudablemente de un gran valor práctico y, en caso de duda, pueden todos ellos utilizarse. Nosotros, en nuestra práctica, utilizamos el método de Leopopold seguido, al terminar la cuarta maniobra, del proceder de Gauss. Como última comprobación practicamos la maniobra de Piskachek, buscando, además, el relieve del borde de la mandíbula inferior fetal, según la indicación de Sachs, bien en este momento o al practicar el método de Gauss.

Si por cualquier causa, bien rara por cierto, la certeza no se alcanza, la radiografía se impone. Desgraciadamente no es siempre posible practicarla por condiciones de lugar, económicas, o de tiempo, durante el parto, por ejemplo.

Esta perfección y minuciosidad actuales en los medios de exploración externa, dependen de que los tocólogos creen de máxima conveniencia prescindir del tacto vaginal en las exploraciones tocológicas, pero, si existen dudas, decididamente debe practicarse, hecho con toda minuciosidad y detalle y siempre con los dos dedos.

Una sorpresa, esta vez trágica, que puede ofrecerse en el curso de un parto, es el ataque eclámtico en una parturienta, en la que tal vez horas antes se había hecho un examen de orina con resultado negativo. En una parturienta asistida por mí, a las nueve de la mañana, se había practicado un examen de orina en el laboratorio de su padre, eminente clínico de Barcelona, y a las tres de la tarde del mismo día tuvo un ataque formidable de eclamsia que resolví extrayendo el feto con el forceps. Fué una intervención difícil, pues hube de realizarla solo, y en una enferma inconsciente, dado el terror que sobrecogió a los asistentes, comadrona inclusive. En otra parturienta, examiné la orina, a las once de la mañana, en pleno parto, sin hallar ni rastro de albúmina, y a las seis de la tarde, tuvo un ataque de eclamsia *post partum*, de gravedad.

Estas sorpresas, hoy no es lícito tenerlas. Si es posible que una parturienta tenga un ataque sin ir antecedido por parte del complejo (edema, albuminuria), ya no lo es el ofrecerlo sin un aumento de presión sanguínea. El examen de una embarazada debe debe ir acompañado, por tanto, de examen de la presión, y aún realizarla siempre al comienzo de un parto, si se trata de una primípara. Todo aumento de presión sanguínea en una embarazada, debe ser tratado como estado preeclámtico.

Otra sorpresa, no trágica como la anterior, pero sí muy desagradable, es la falta de energía en las contracciones uterinas, punto que llena hoy la mayoría de publicaciones de la especialidad y que es digno de ser discutido.

Dos frases han hecho fortuna en Tocología modernamente. Una es de Döderlein, imitación de la de Billroth, al hablar de la hernia estrangulada: "no dejes que por dos veces se ponga el sol sobre una parturienta"; la otra es de Sellheim: "más alma en la conducta de los partos", o sea, evitar en lo posible el dolor y la duración del trabajo en las parturientas con la mayor actividad posible.

Para satisfacer tales prescripciones, son muchos los tocólogos que se esfuerzan para obte-

ner una abreviación posible del trabajo, llegando algunos hasta proponer la operación cesárea (H. Dörfler), o el parto forzado (Delmas), por poco que un parto se prolongue en demasía. No faltan tampoco conductas exageradas, que, sin llegar a tanto, son ciertamente reprobables, como, por ejemplo, las de Petter de Buffalo y Bill de Cleveland, quienes, para evitar las molestias del período de expulsión, practica el primero la versión podálica, y el segundo aplica el forceps, tan pronto la dilatación es completa. Ha llegado hasta tal punto la habilidad de Peter y Bill en tales intervenciones, que los resultados son del todo satisfactorios; pero Philipp, de la clínica de Stockel, cree que la mayor mortalidad natal de los Estados Unidos depende de los imitadores de semejantes procedimientos, sin la habilidad de los maestros.

Contra tal precipitación en la terminación de los partos, la clásica escuela francesa se levanta airada y por la boca de Couvelaire, dice lo siguiente: "ninguna otra profesión exige tanta paciencia como la de tocólogo, y el mejor tocólogo es aquel que con tacto y discreción sabe esperar y no se deja enervar y desconcertar bajo la influencia de las circunstancias las más críticas". Hay dos clases de tocólogos: grandes comadrones, que cifran su orgullo en terminar un parto dentro de dos horas, y el buen comadrón, que no cifra su amor propio en alcanzar un record de rapidez, y que son estimados por la actual generación como anticuados y pasados de moda.

Cabe, sin embargo, impulsar al parto, acudiendo a medios más modestos, pero más inocuos.

Favorece la marcha del parto el vaciar el recto por medio de un enema, siendo el más activo el constituído por 500 c. c. de agua, algunas cucharadas de aceite de ricino y dos cucharadas de sal común. La indicación del uso del aceite de ricino en la actualidad, se debe a la propiedad que se le atribuye de predisponer la fiebre uterina a la contracción. Si el parto dura en demasía, el enema debe repetirse a las veinticuatro horas.

También debe vigilarse la plenitud de la vejiga, pues una vejiga excesivamente llena, puede provocar dolores agudos e ineficaces; cabe precaverse contra la ilusión engendrada por el alargamiento del segmento inferior uterino, que al arrastrar la vejiga hacia arriba, simula una plenitud inexistente. Una compresión prudente de la palma de la mano sobre la vejiga, puede, en muchos casos, vaciarla, sin correr los peligros de un cateterismo, que no son pocos.

Si la parturienta está en los comienzos del parto y no están las aguas rotas, puede dar óptimos resultados un baño general caliente.

La parturienta deambulará por la habitación durante las primeras horas, soportando así de una manera más aceptable las molestias de la contracción uterina.

Para remediar la falta de energía de la contracción, hoy vuelve a utilizarse el sulfato de quinina con un mayor prestigio que antes; pues, con ella y la pituitrina, Watson ha propuesto y logrado el realizar la provocación del parto, a embarazadas en plena post-madurez. Para cumplir semejante indicación, se administrará el sulfato de sulfato de quinina, un gramo y medio como máximo, dividido en dosis de 25 centigramos cada media hora.

En caso de no dar resultado, se habrá obtenido la ventaja de sensibilizar la fibra para el empleo ulterior de la pituitrina, sensibilización sustentada por Pubot, Burger, Chatillon y Labhart.

Si la quinina no es bien tolerada por el estómago, se acudirá al clorhidrato de quinina en inyección intra-muscular, por los peligros de esfacelo si se administra en inyección subcutánea. Se administrará un gramo dividido en dos dosis, que se inyectarán con una hora de intervalo.

Vogt recomienda la salvo-quina para tales menesteres en inyección intramuscular.

La quinina está contraindicada, al igual que la pituitrina, cuando hay lesiones cardíacas, renales, cicatrices del cuello uterino, presentaciones viciosas.

Tiene la ventaja la quinina de no causar perjuicio notable ni a la madre ni al feto. Las aguas salen teñidas de meconio con cierta frecuencia; pero esta circunstancia será más bien debida a la acción de la quinina sobre el intestino fetal, que no por daño grave inferido al feto.

Continua aun ardientemente la lucha sobre el empleo de la pituitrina en el período de dilatación. Ciertamente que la existencia de más de 40 casos publicados de rotura de útero da mucho que pensar; pero también es evidente que el uso moderado de la pituitrina, dada con prudencia y cautela, puede prestar aún en tal período, grandes servicios.

Ultimamente se ha introducido en la práctica por Temesvary una combinación de timo y de hipófisis, que, según Hans Heidler, ha producido una verdadera revolución. La hipofisina, que

así se llama tal substancia, no provocaría las contracciones tempestuosas como ocurre a veces en la pituitrina, y si lo hace es de manera muy pasajera, sin perjuicio para el feto, aunque éste ofrezca disminución en el número de latidos cardíacos. Muchos tocólogos tienen una fe ciega en ella, y Vogt dice, por ejemplo, que se administrará por vía intramuscular medio c. c. y en caso de tener que repetirse la inyección, se hará en cantidad de un c. c. y ello *bastará para lograr la dilatación completa.*

Por la industria hoy se ha podido separar de la pituitrina sus dos componentes: uno de acción oxitócica, y el otro de acción sobre la fibra lisa intestinal, y, tal vez sobre la fibra de los vasos sanguíneos. El primero es llamado por la casa Parke Dawis *pitosin,* el segundo *pitresin.* Los alemanes llaman a tales substancias, respectivamente, orasthin y tonephin. Son productos demasiado recientes para saber a conciencia su acción.

Pese a las violentas campañas actuales en contra del uso de la pituitrina en el período de dilatación, nosotros la utilizamos con todo convencimiento. No hay ninguna substancia activa que no tenga inconvenientes; pues hasta el mismo sol, con ser el padre de la naturaleza, mata algunos centenares de hombres cada año. Debe utilizarse con toda prudencia, comenzando y aun siguiendo con dosis pequeas, 0,2-0,3 c. c. Un parto excesivamente prolongado tiene tantos inconvenientes o mayores que el uso de la pituitrina; si la bolsa de las aguas está rota, puede presentarse la infección y, con ella, un aumento en la inercia.

Nosotros, en nuestra práctica, partimos de la base que el mismo proceder propuesto para iniciar un parto, debe dar buenos resultados para activar uno ya comenzado. Principiamos, por tanto, administrando, en la forma dicha, cachets de 0,25 gramos de sulfato de quinina. Si después de haber dado a la enferma dos, tres o más, los dolores se refuerzan y regularizan, cesamos con la administración quínica; en caso contrario, al terminar la dosis total de 1.50-1.25 gramos comenzamos a inyectar 2 1/2 décimas de c. c., también cada media hora, de pituitrina. Es raro que a la primera o segunda inyección el parto no se refuerze y vaya rápidamente a su fin.

Sucede, a veces, que, después de la administración de 2 ó 3 cachets de quinina, las contracciones débiles, en lugar de prosperar, cesan. Tal accidente no debe mirarse como un fracaso del procedimiento, pues si no hemos obtenido un aumento en la concentración, se ha logrado una mayor reacción de la fibra uterina, claramente demostrable al administrar las inyecciones de pituitrina más tarde.

Es en las primeras veinticuatro horas que tal proceder da óptimos resultados; transcurrido dicho término, es mejor acudir a otros procedimientos más activos, como, por ejemplo, la dilatación digital, sobre todo si la dilatación uterina es de un tamaño mayor que el ruedo de un duro.

En las multíparas en las que la pituitrina obra con menos eficacia que en las primíparas por tener la matriz mayor número de fibras estriadas, se puede ser más decidido.

Otras substancias se han propuesto para estimular la energía de las contracciones: la estricnina (Ostreil), el euphyllin (Werner) y la misma ovarina, pero sin resultado.

También se ha propuesto la rotura de la bolsa de las aguas; pero debe conservarse, en general, cuanto tiempo se pueda. Unicamente cuando hay tensión amniótica entre los dolores o se presenta una voluminosa bolsa durante un dolor, sin descender la cabeza, y desaparece aquella al cesar la contracción, puede realizarse. Sabido es que la presión cefálica sobre los ganglios nerviosos cervicales es un gran estímulo para la marcha del parto.

No debe confundirse la inercia uterina con las pausas que en el curso de un parto se presentan, aminorándose o cesando el dolor. Durante ellas la parturienta se rehace, se conforta, siendo una falta el querer prescindir de ellas. En casos, es altamente conveniente el provocarlas artificialmente, como, por ejemplo, cuando dolores fuertes y repetidos provocan la coordinación de la contracción uterina con la de toda la musculatura, produciendo rápidamente el agotamiento de la enferma. Las substancias a utilizar son la morfina o el dilaudid recomendado por Schafer; pero están contraindicadas cuando hay fiebre o en el período de expulsión. La morfina es más eficaz, pero más peligrosa para el feto.

Algunos autores llegan a proponer medios preventivos para evitar la inercia primaria de la matriz. Aschner recomienda el infuso de sumidades floridas de zarza-mora tomado después de

las comidas y Mitchell pequeñas cantidades de quinina administradas en las tres últimas semanas del embarazo.

Si todo fracasa, antes de permitir que el sol se ponga por dos veces sobre una parturienta como dice Döderlein, acudiremos a otros procederes más activos, que no son del caso mentar. Claro que lo dicho por Döderlein no debe tomarse al pie de la letra; pero, cuando menos, es una buena guía.

Otra sorpresa es la muerte fetal momentos o pocos días después del parto.

Siguiendo a Hans Heidler, que ha hecho sobre el particular un magnífico trabajo, presentaremos algunos ejemplos.

Supongamos que se trata de una presentación de pelvis, que aun no siendo completamente eutócica, es conveniente mentarla para nuestro objeto. El feto ha hecho durante su expulsión alguno que otro movimiento respiratorio, lo que ha obligado al tocólogo a practicar con cierta rapidez el descenso de los brazos y la maniobra de Mauriceau con cierta energía. El feto sale al mundo en estado asfíctico, y para reanimarlo se toman las medidas convenientes; pero el color azulado de la piel fetal no desaparece. El niño respira un par de veces con dificultad; todas las maniobras destinadas a regularizar la respiración fracasan. El feto pierde el color azulado y se torna pálido y después de veinte o treinta minutos desaparece todo movimiento cardíaco y muere. ¿De qué ha muerto? Hoy día sabemos que la causa de su muerte es, desde los trabajos de Schwartz, quien abre sistemáticamente en las autopsias fetales el cráneo, cosa que antes no se practicaba, una hemorragia cerebral. Esta es la causa de muerte del 80 por 100 de fetos fallecidos después de una extracción pelviana; de manera que en las presentaciones de nalga el tocólogo actúa entre dos peligros, el de asfixia y el de hemorragia, siendo éste el peligro mayor. Si se hubiese practicado la autopsia por el cánon antiguo, al hallar hemorragias sub-pleurales, pericardíacas y en el timo, con mucosidades en la parte superior del árbol respiratorio, se habría diagnosticado el caso de asfixia intrauterina.

Segundo ejemplo. Se trata de una primípara. La cabeza sale penosamente por la resistencia de los tejidos y por las dificultades opuestas por la comadrona o médico, que ponen todo su amor propio en que el periné quede íntegro. El cordón da tres vueltas al cuello fetal y las espaldas salen con rapidez. El feto está ya entre las piernas de la madre y hace penosamente una o dos inspiraciones. Presenta los signos de una asfixia azul, su corazón late manifiestamente; pero no grita. Transcurren algunos minutos llenos de ansiedad, hasta que, finalmente, se produce poco a poco algún movimiento respiratorio. Al cabo de quince, veinte, treinta minutos la respiración se hace regular. El feto pierde su estupor; pero falta aquel grito agudo, enérgico con que saludan a la vida los fetos sanos. Durante los días siguientes el niño permanece apático, quejumbroso, traga con dificultad y ofrece de vez en cuando algún ataque de disnea. Al tercer día el niño muere rápidamente de un ataque de cianosis. En la autopsia se encuentran típicas hemorragias producidas por la asfixia y así se diagnosticaría, si la apertura del cráneo no aclarara el lecho: la tienda del cerebelo está desgarrada y una considerable hemorragia llena la bóveda posterior del cráneo.

Tercer caso. Se trata de una pluripara. Los partos anteriores fueron normales y nacieron fetos vivos. Esta vez los dolores son fuertes, intensos. Al examen, el cuello está completamente dilatado y la bolsa está íntegra. Al dolor siguiente, la parturienta con toda energía pone en contracción sus paredes abdominales. La bolsa de las aguas se rompe, la cabeza se introduce dentro de la excavación, verifica su rotación interna y sale al exterior. Todo esto se realiza dentro de un solo dolor. El feto no estará asfíctivo, grita como los otros. Algunos días más tarde aparecen convulsiones en la cara, pies y manos y en uno de estos ataques el niño muere. Aquí no puede tratarse de asfixia. La autopsia aclara el caso; hay también una hemorragia intra-craniana.

Cuarto caso. Parto prematuro de una primípara a los ocho meses de embarazo. La causa de haberse anticipado el parto es desconocida: no hay trazas de lues ni traumatismo. En el período de dilatación estalla la bolsa. Con cierta dificultad se dilata el cuello uterino, la cabeza se hunde finalmente dentro de la excavación y nace un niño no maduro de 40 centímetros de longitud y 2.000 gramos de peso. Tampoco en este caso se puede diagnosticar de asfixia. El feto al nacer grita con bastante energía, pero durante veinticuatro, cuarenta y ocho horas y más, estando bien al parecer, tiene de vez en cuando pequeñas convulsiones y muere repentinamente, muerte que se podría atribuir

a debilidad congénita; pero que la autopsia demuestra tener por origen una hemorragia cerebral con invasión del tercer ventrículo.

Al eminente anátomo- patólogo de Francfort, Dr. Philipp Schwartz debemos el conocimiento de las lesiones cerebrales producidas por magullamientos, presiones, etc., en el curso de un parto. Ellas constituyen la causa de la muerte al nacer o pocos días después, en el 50 por 100 de casos; en las presentaciones pelvianas el 80 por 100.

Las hemorragias cerebrales no se motivan por las causas que engendran la bolsa serosanguínea, cuyo origen es la diferencia de presión entre la parte que se presenta y el resto del cuerpo fetal (acción de menor presión de Schwartz, acción de la presión hidráulica de Sellheim, diferencia perjudicial de presión). Estas diferencias de presión pueden provocar pequeñas hemorragias, puntos gangrenosos minúsculos, pero no hemorragias importantes. Estas se deben al cabalgamiento violento de los huesos del cráneo o a traumatismos en el curso de un parto o de una intervención, no siempre evitables.

Estas hemorragias cerebrales, causa de muerte fetal, han motivado el que los tocólogos se fijaran, más de lo que hasta hoy hacían, en determinadas prácticas en ciertos casos, o modificarán su conducta en otros. Así, por ejemplo, en la presentación de nalgas, en las que la hemorragia motiva, como hemos dicho, el 80 por 100 de muertes, se ha desistido del empleo de fuerza en la extracción, siendo únicamente el tocólogo el que opera, evitando toda ayuda y teniendo por insensata la presión que un ayudante ejercía con los puños colocados sobre la cabeza fetal para facilitar su salida. También se dan los tocólogos cuenta de que, después de la salida de las espaldas, no procede ejecutar en seguida la maniobra, de Mauriceau. Entre ambos momentos debe colocarse una tercera maniobra, la de Augusto Martin, destinada a hundir la cabeza dentro la excavación, practicando, además, la rotación interna. Cumplidos estos requisitos, entonces debe comenzarse la maniobra de Mauriceau, también llamada de Veit-Smellie.

Otra modificación se ha hecho y es la pertinente a la defensa del periné. Ya el tocólogo no pone su amor propio en que el periné salga íntegro. Una defensa pertinaz y violenta puede motivar la muerte fetal para obtener, a fin de cuentas, en muchos casos, un periné llamado por los franceses *de fachada*, en el que lo único íntegro es la piel.

Muchos tocólogos desisten de colocar la segunda mano, bastando con una sola para ver de lograr la salida cefálica en el intermedio de los dolores. Si el periné resiste, un tijerazo facilita la salida. La perineorrafía, con auxilio de la anestesia, no constituye un tan grave problema, que, para evitarlo, debamos sacrificar la vida de un feto.

Antes de terminar, permitidme que cite dos casos de muerte post-partum, muy semejantes entre sí y sobre cuya naturaleza poco he leído. En ambos se trata de primíparas que, al llegar a término, la altura de la matriz en ambas era inferior a la normal. Estas embarazadas eran extraordinariamente robustas y bien regladas. El parto se presentó en la primera a los veinte días de salir de cuenta, en la segunda a los veintisiete, no ofreciendo nada de particular su evolución. Nacieron dos fetos de apariencia igual a los prematuros de siete meses, faltando, empero, los signos externos, de inmadurez, menos el volumen y peso. Ambos murieron, el uno después de un segundo ataque de cianosis, el otro después de dos días, que pasó en estado de estupor y sin perder el tinte azulado que ofreció al nacer, presa, además, de un continuo lamento. Ambos fetos atróficos murieron posiblemente de hemorragia cerebral.

Estos dos casos me han enseñado a no hacer ya nunca más un buen pronóstico, cuando la cinta métrica acuse una disminución en la altura uterina.

No sé si he sabido dar a lo expuesto el interés que los puntos citados se merecen. Es de vosotros el llenar con vuestra experiencia y conocimientos los vacíos que mi insuficiencia habrá seguramente dejado.

Resumen

Entre los múltiples accidentes que pueden surgir en el curso de un parto, pronosticado de curso eutócico, por no hallarse a la inspección alteración ninguna, ni en la embarazada, ni en el feto, el autor examina cuatro de ellos, dignos de especial mención por su importancia.

I. *Equivocación por parte del tocólogo de la presentación.*—La equivocación más frecuente, es tomar una extremidad podálica por una cefálica.

Para disminuir tal equivocación, bastante frecuente aun en tocólogos experimentados, el autor recomienda, una vez realizados los cuatro tiempos del diagnóstico obstétricos propuestos por Leopold, ir en busca del mentón por el método de Gauss, y el borde inferior del maxilar inferior por el proceder de la palpación supra-púbica de Sachs, completada, si no surge la evidencia, por los procederes de Fuchs y de Piskaschek. Se completará el examen por la auscultación y aún por el tacto, si surgieran dudas. En casos difíciles, la radiografía.

II. *Eclamsia durante el parto sin previa albuminuria.*—El autor indica que semejante grave complicación es siempre presumible, si el tocólogo hace el examen cuidadoso de la presión sanguínea, que se muestra aumentada cuando existen posibilidades de un ataque eclámtico. En las primíparas es de toda necesidad practicarlo al iniciarse el parto, aunque antes haya sido realizado.

III. *Atonía primitiva en las contracciones uterinas.*—Es un accidente no siempre presumible, pues puede ofrecerse en parturientas jóvenes y de construcción atlética. El autor recomienda en tales casos, sobre todo si se interviene en las primeras horas de haberse iniciado el parto, el mismo procedimiento que se utiliza para provocar el parto en embarazadas extra-maduras, pasadas de tiempo, deteniendo su aplicación así que las contracciones se hagan regulares y enérgicas, lo que puede surgir durante las primeras administraciones de quinina, o necesitar de algunas décimas de centímetro cúbico de pituitrina.

IV. *Muerte fetal horas o pocos días despues del nacimiento.*—Tan serio contratiempo, se las investigaciones de Schwartz, se debe en el 50 por 100 de los casos en general, y en el 80 por 100 de las presentaciones podálicas, a hemorragias intra-craneanas. Tan útil conocimiento ha llevado, como por la mano, a que los tocólogos se fijaran en ciertos detalles de la práctica obstétrica. Así, por ejemplo, en las presentacions pelvianas no se practica la maniobra de Mauriceau sin tener la seguridad de que espontáneamente o por medio de la maniobra de Augusto Martín, la cabeza flexionada se halle dentro de la excavación. Además, se ha eliminado la asistencia de un ayudante en tales momentos, considerando una brutalidad el que el ayudante empujara con los puños sobre la cabeza fetal por encima del pubis materno, al proceder a la extracción del feto. También los tocólogos modernos no toman como una cuestión de honrilla el que el periné salga íntegro; ya que puede ser causa de hemorragia cerebral los esfuerzos exagerados hechos para impedir la salida rápida de la cabeza fetal, por el temor de que se provoquen lesiones perineales.

Cita también el hecho de que la muerte de fetos, nacidos antes de tiempo, es debida muchas veces a hemorragias cerebrales y no a debilidad congénita, como se creía hasta ahora. El autor opina que tal debe ocurrir también en los fetos atróficos, aunque nazcan a tiempo, citando dos casos de su práctica.