

hasta imposible, el introducir el catéter. En estas circunstancias, si no puede sin ello hacerse la reducción, se punciona la vejiga, á tres ó cuatro centímetros por encima del pubis, con una aguja fina y un aspirador, y se extrae el líquido. La obra de Dieulafoy sobre la aspiración prueba de una manera concluyente que puede emplearse sin peligro este procedimiento, y Schatz y otros autores han hecho con éxito la operación. Puede ocurrir, pero esto es muy raro y sólo en los casos que se descuidan largo tiempo, que sea imposible la evacuación de la orina.

Modo
de
efectuar la
reducción.

Vacia la vejiga, y desocupado todo lo posible el intestino por medio de copiosas lavativas, intentamos la reducción. Los procedimientos operatorios son numerosos. Si el accidente no es muy antiguo, me inclino á creer que el método más sencillo y seguro es la compresión continua por medio de un saco de cautchuc lleno de agua colocado en la vagina. Los buenos efectos de esta compresión enérgica y largo tiempo continuada los ha demostrado Tyler Smith, quien redujo de este modo un útero que estaba en retroversión hacía mucho tiempo, y no es difícil comprender que este medio puede ser eficaz cuando no haya dado resultados un esfuerzo brusco y violento. He ensayado este método con buen resultado en dos casos, fijando en la vagina un saco piriforme y distendiéndole por medio de una jeringa tanto como la mujer pueda soportarlo. Debe sacarse el agua para permitir orinar á la mujer y llenar el saco inmediatamente de nuevo. En mis dos casos, la reducción se operó en veinticuatro horas. Barnes no obtuvo resultado con este procedimiento, pero á mí me ha ido tan bien con él, é indudablemente es tan menos nocivo que la reducción forzada con la mano, que me inclino á considerarle como el medio mejor y primero que debe aplicarse. Si la compresión por el líquido no da resultado, podremos ensayar el medio siguiente: Se colocará la mujer en el borde de la cama, en la situación obstétrica ordinaria y completamente anestesiada (punto capital, pues la relajación así obtenida asegurará la libertad de las maniobras). Se introducen en el recto uno ó varios dedos de la mano izquierda; profundamente anestesiada la mujer, es fácil, con mucho cuidado, introducir toda la mano, y entonces se

ensaya levantar ó empujar el fondo del útero por encima del promontorio del sacro. El descenso del cuello con los dedos de la mano derecha, introducidos en la vagina, facilitará la reducción. Se ha recomendado hacer la compresión en la dirección de una ó de otra de las articulaciones sacro-iliacas, mejor que directamente hacia arriba, de tal modo que no pueda ser comprimido el útero contra la eminencia del promontorio. Si no se logra hacer la reducción por el recto, se la puede ensayar por la vagina, y algunos autores han aconsejado la compresión hacia arriba hecha con el puño cerrado introducido en este conducto. Otros autores recomiendan colocar á la mujer sobre las manos y las rodillas para facilitar la reducción; pero esta posición impide administrar el cloroformo, que es más útil que todos los cambios de posición. Diferentes instrumentos, más ó menos complicados, se han inventado para facilitar la operación; pero todos son más ó menos peligrosos y no dan buenos resultados cuando no los ha dado la compresión manual. Tan luego se verifica la reducción, se prevendrá el descenso ulterior del útero por un pesario de Hodge fuertemente hinchado, y la mujer permanecerá en reposo durante algunos días, vigilando particularmente el estado de la vejiga y de los intestinos. Si se ha hecho bien la reducción, es raro que sobrevenga una recaída.

Si no puede obtenerse la reducción, estará imperiosamente indicado el aborto artificial, que es nuestro único recurso. Se hará muy bien el aborto puncionando las membranas, pues el flujo del líquido amniótico disminuye el volumen del útero y modera la compresión á que están sometidas las partes inmediatas. Después de la punción podemos intentar de nuevo la reducción ó aguardar á que sea expulsado espontáneamente el feto. No siempre es fácil alcanzar el cuello del útero, aunque, por lo general, lo conseguimos con una sonda uterina encorvada. Si fuese imposible puncionar las membranas, se extraería el líquido amniótico á través de las paredes uterinas por medio del aspirador, introducido, ora por el recto, ora por la vagina. La lesión que con esto se hace en las paredes uterinas no es verosimilmente muy peligrosa, y sin duda es mucho menos grave que la retroversión abandonada á sí misma.

Tratamiento
cuando
la
reducción
es imposible.

Esta medida extrema sólo se tomará en los casos en que hayan sido infructuosos los medios más arriba indicados.

La mujer embarazada puede naturalmente contraer las mismas enfermedades que la que no lo está, y el embarazo puede recaer en mujeres que padezcan una enfermedad constitucional. No es dudoso que hay aún mucho que aprender respecto á la influencia que puede tener sobre el embarazo una afección coexistente; el embarazo no modifica sino muy poco ciertas enfermedades, y agrava, por el contrario, considerablemente algunas otras. La influencia de la afección sobre el feto varía mucho. Pero el asunto es demasiado vasto para tratado en detalle, por lo cual diré sólo algunas palabras de las afecciones más importantes que se observan durante el embarazo.

Las fiebres eruptivas tienen á menudo consecuencias muy serias, proporcionadas á la intensidad de su principio. De todas, la viruela es la que produce resultados más desastrosos: las obras de los autores antiguos refieren algunos ejemplos de ello; pero en nuestros días son afortunadamente más raros, gracias á la vacuna. Las formas graves y confluentes de la enfermedad son, casi de seguro, mortales para la madre y para el hijo. En la viruela discreta y en la modificada por la vacunación se trata generalmente de una afección benigna, y aunque con frecuencia sobreviene el aborto, no quiere decir esto que sea inevitable.

Si la escarlatina se declara con intensidad en una mujer en cinta, es casi siempre seguro el aborto y grandes los peligros á que está expuesta la madre. Los casos más benignos siguen su curso sin producir síntomas alarmantes. Si ocurre el aborto, los peligrosos efectos de esa enfermedad zimótica, después del alumbramiento, agravarán sin género de duda el pronóstico. Cazeaux cree que las mujeres en cinta no son aptas para contraer esta enfermedad, y Montgomery suponía que el veneno absorbido durante el embarazo podía permanecer latente hasta el parto, produciendo entonces sus efectos característicos.

El sarampión, á menos de ser muy grave, sigue con frecuencia su curso sin afectar seriamente á la madre ni al niño. He visto de ello algunos ejemplos. Sin embargo, Tur-

Afecciones
coexistentes
con el embarazo.

Fiebres
eruptivas.

Viruela.

Escarlatina.

Sarampión.

coing dice que de 15 casos abortaron las mujeres en 7, pero eran todos graves. Se citan algunas observaciones en las cuales nació el niño con una erupción rubeólica.

Las embarazadas pueden padecer algunas fiebres continuas que, á ser un tanto graves, provocan el aborto. De 22 casos de fiebre tifoidea, ocurrió 16 veces el aborto, y en los otros 6 la afección era muy ligera y llegó á término el embarazo. De 63 casos de fiebre intermitente, ocurrió el aborto ó el parto prematuro en 23. Según Schweden, la causa principal de peligro para el feto en la fiebre continua es la hiperpirexia, sobre todo cuando la temperatura materna llega á 40 ó más grados. Las fiebres no se agravan al parecer en lo que se refiere á la madre, é igual observación ha hecho Cazeaux respecto á las que sobrevienen después del parto.

La neumonía es al parecer particularmente peligrosa, pues de 15 casos recogidos por Grisolle (1) murieron 11 mujeres; mortalidad mucho mayor que la de esta enfermedad en general. En el mayor número de casos ocurrió el aborto, y murieron generalmente los niños. Es probable que tan funesto resultado sea debido, como en las fiebres continuas graves, á la hiperpirexia. La causa de la mortalidad de las mujeres es un tanto oscura, pues que no existe el mismo peligro en las bronquitis graves y demás afecciones inflamatorias.

En oposición á la creencia muy extendida, parece seguro que el embarazo no tiene el poder de retardar la marcha de una tisis coexistente, ni se acelera tampoco la enfermedad después del parto. De 27 casos de tisis recogidos por Grisolle, en 24 los primeros síntomas de la afección aparecieron después de principiado el embarazo. Las mujeres tísicas no son aptas para concebir, hecho que puede explicarse probablemente por la coexistencia frecuente de una afección uterina, sobre todo de una leucorrea abundante. Parece que se acorta la duración de la tisis, pues el término medio de estos 27 casos fué sólo de nueve meses y medio, lo que prueba al menos que el embarazo no detiene su curso. Si se piensa en el impuesto con que natu-

Fiebres
continuas.

Neumonía.

Tisis.

(1) *Arch. Gén. de Méd.*, vol. XIII, pág. 291.

ralmente grava el embarazo á las fuerzas vitales, debe admitirse que esta opinión es fisiológicamente más probable que la aceptada por muchos, y que sin duda se ha adoptado sin razón alguna en qué fundarla.

Afecciones
cardíacas.

Los señores Spiegelberg, Fritsch, Peter y otros se han ocupado especialmente de los malos efectos del embarazo sobre las afecciones orgánicas del corazón, materia que ha dado origen á una serie de notables Memorias publicadas por Angus Macdonald (1). De 28 observaciones reunidas por este autor, en 17, es decir, el 60 por 100, fué mortal la complicación. Sin embargo, no indica esto de un modo exacto los riesgos probables, pero es al menos una prueba de que el embarazo es muy peligroso si sobreviene en una mujer que padece una enfermedad orgánica del corazón. El doctor Macdonald atribuye estos peligros á dos causas: rotura del equilibrio circulatorio, que se ha establecido por disposiciones de compensación, y desarrollo de nuevas lesiones inflamatorias en las válvulas cardíacas ya afectas.

Los síntomas graves no se presentan ordinariamente hasta la última mitad del embarazo, que á menudo puede llegar á término. Los fenómenos patológicos más comunes descubiertos en la autopsia consisten en una hiperemia pulmonar que afecta especialmente la mucosa de los bronquios, el edema del pulmón y á veces la neumonía y la pluresía. La lesión cardíaca más peligrosa es, al parecer, la estenosis mitral, y después la insuficiencia aórtica. Podría, pues, deducirse de todos estos hechos que las enfermedades del corazón, sobre todo las que van acompañadas de síntomas graves, disnea, palpitaciones, etc., son una contraindicación formal del matrimonio. Si existe ya el embarazo, nos limitaremos á prescribir á la mujer un régimen y un género de vida regular, evitando las impresiones del frío y los esfuerzos de todas clases.

Sífilis.

En otra parte he examinado la gran influencia de la sífilis sobre el huevo. En lo que se refiere á la madre, sus efectos no difieren de los que se observan cuando no se halla en ese estado. Casi es inútil decir que si encontra-

(1) *Obst. Journ.*, vol. V, 1877, pág. 217.

mos signos de sífilis en una mujer en cinta, debemos instituir el tratamiento y continuarle durante todo el embarazo, no sólo para detener los progresos del mal, sino en la esperanza de prevenir ó disminuir los peligros de aborto ó de nacimiento de un niño infecto. El embarazo no contraindica el tratamiento mercurial, sino que más bien reclama su aplicación enérgica. Respecto á la medicación, conviene elegir una forma que pueda administrarse largo tiempo sin producir graves efectos constitucionales. Pequeñas dosis de bicloruro de mercurio, 3 miligramos tres veces al día, y el ioduro de mercurio, llenan bien este objeto; pueden emplearse también, en los primeros tiempos del embarazo, los baños de vapores mercuriales ó las fricciones cutáneas.

El doctor Weber, de San Petersburgo (1), ha hecho algunas observaciones que tienden á demostrar la superioridad de estos últimos métodos, que no dificultan el curso del embarazo, en tanto que ocurre lo contrario cuando se administra el mercurio por la boca, probablemente, como supone, porque produce desórdenes en el sistema digestivo. Debemos recordar, sin embargo, que en las mujeres casadas puede á menudo ser útil prescribir un tratamiento antisifilítico sin dar á conocer su naturaleza; de modo que no siempre es práctica la vía cutánea para el empleo del medicamento.

La influencia del embarazo sobre la epilepsia no es, al parecer, tan uniforme como pudiera quizás creerse. En algunos casos disminuyeron el número y la intensidad de los ataques; en otros se agravó la afección. Se citan algunos en que la epilepsia apareció entonces por vez primera. Es natural que la semejanza entre la epilepsia y la eclampsia haga temer á menudo que una epiléptica en cinta pueda tener convulsiones durante el parto; por fortuna no es siempre así, y el parto camina con frecuencia de un modo satisfactorio sin ningún ataque.

Obsérvanse durante el embarazo ciertas afecciones de los ojos. Han sido estudiadas por Power (2). Una de las al-

Epilepsia.

Afecciones
de los ojos.

(1) *Allgem. Med. Cent. Zeit.*, febrero de 1875.

(2) Barnes, *Obst. Med.*, vol. I, pág. 390.

teraciones más comunes es debida á la disparidad temporal en la acomodación, generalmente en pacientes hipermetrópicas y dependiente de la debilidad del aparato neuromuscular. Los principales síntomas son: dificultad para leer, dolor, lagrimeo, percepción de manchas delante de los ojos, etc. Deben recomendarse el uso de lentes convexas, y cuidando de la salud general pueden desaparecer estos síntomas. También pueden observarse afecciones más serias y de peores resultados. Power describe algunas alteraciones importantes en los ojos, observadas en casos de albuminuria. El disco óptico está congestionado y vense en la retina hemorragias irregulares y discos blancos. Las hemorragias las atribuye á la rotura actual de los vasos; las manchas blancas al menor grado de distensión, admitiendo la salida de corpúsculos blancos á través de las paredes vasculares. En muchos de estos casos se puede recobrar la vista. Otra forma de afección que describe es la atrofia blanca del disco óptico, consecutiva probablemente á una neuritis en casos en que ha habido gran pérdida de sangre.

Ictericia.

Puede observarse la ictericia, resultado de la atrofia amarilla aguda del hígado, y hasta se dice que ha sido á veces epidémica. Aparte de los graves peligros á que expone á la madre, produce en general la muerte del feto y el aborto. Según Davidson (1), principia por una ictericia catarral, dificultando el embarazo la excreción de los productos biliares y dando lugar su retención á un envenenamiento de la sangre fetal que acompaña á las formas más graves de la enfermedad. Pueden sobrevenir ataques ligeros y pasajeros de ictericia, sin ir seguidos de ninguna consecuencia funesta. Favorece probablemente su producción la compresión mecánica del útero grávido sobre los intestinos y conductos biliares.

Carcinoma.

No es tan raro como pudiera suponerse, y debe ser una causa natural de ansiedad el embarazo en las mujeres que tienen una enfermedad maligna del útero. Más adelante nos ocuparemos del tratamiento de los casos de esta naturaleza. Si conocemos la existencia de la enfermedad du-

(1) *Monat. f. Geburt.*, 1867, Bd. XXX, s. 452.

rante el embarazo, deberemos resolver una cuestión: la de saber si convendrá disminuir los peligros del parto provocando el aborto ó el parto prematuro. Y la cuestión es difícil de resolver. Nos hallamos en presencia de una enfermedad que será sin duda mortal para la madre antes de mucho tiempo y cuya marcha se acelerará después del parto, en tanto que las maniobras necesarias para llevar éste á cabo pueden ser muy perjudiciales para los órganos afectos. Por otro lado, con este procedimiento sacrificamos al niño sin estar seguros de disminuir el peligro que corre la madre. La cuestión no puede, pues, resolverse en uno ú otro sentido sino en cada caso particular. Si tenemos la fortuna de ver á la mujer al principio del embarazo, provocando el aborto podemos salvar á la madre de los peligros del parto á término, y quizás de la operación cesárea si tan grande es la obstrucción. En estas circunstancias está sin duda justificado el aborto. Pero si el embarazo ha llegado al sexto ó sétimo mes, á menos que el tumor maligno sea realmente muy pequeño, es probable que los peligros del parto sean tan grandes para la madre como en el parto á término, y en este caso lo más racional es esperar algunos meses más.

A veces recae el embarazo en mujeres que tienen algún tumor del ovario, y la conducta que en estos casos debe seguirse ha dado lugar á grandes discusiones. No es dudoso que estas enfermas, abandonadas á sí mismas, están amenazadas de muy graves consecuencias, á menudo hasta de la muerte, pues el abdomen no puede contener á la vez un útero grávido y un quiste ovárico, que aumentan de volumen simultáneamente. El tumor está expuesto á contusiones y á la compresión, que provocan á veces su rotura con derrame de su contenido en la cavidad peritoneal; otras veces se desarrolla una flegmasia crónica seguida de extenuación y muere la mujer, ora antes, ora poco después del parto. El peligro durante éste, si es de término, es también muy grande. De 13 partos naturales, cuyas historias he reunido en una Memoria titulada *El parto complicado con tumores del ovario* (1), algo más de la

Tumor ovárico.

Explicación de los peligros.

(1) *Obst. Trans.*, 1867, vol. IX, pág. 69.

mitad fueron mortales. Otra causa de peligro es la torsión del pedículo y la estrangulación consecutiva del quiste, de que se conocen varios casos. Claro es que, puesto que tan grandes son los peligros, conviene estudiar en cada caso si se pueden disminuir con un tratamiento quirúrgico.

Métodos
de
tratamiento.

Los medios que tenemos á nuestra disposición son el provocar el parto prematuro, el puncionar el tumor ó la ovariectomía. Spencer Wells en sus trabajos sobre la *ovariotomía*, y Barnes en sus *Operaciones obstétricas*, han discutido especialmente esta cuestión. El primero dice que el mejor medio es puncionar el tumor cuando hay alguna probabilidad de disminuir su volumen por este procedimiento; pero que, cuando es multilocular ó sólido su contenido, debe hacerse la ovariectomía lo más cerca posible del principio del embarazo. Barnes, por su parte, dice que el procedimiento más seguro es imitar los medios de que á menudo se vale la naturaleza en esta complicación, y practicar el parto prematuro sin tocar el tumor. Cree que no debe pensarse en la ovariectomía, y que puede ser insuficiente la punción y dejar el tumor bastante abultado aun para dificultar seriamente el parto. Si atendemos á los ejemplos conocidos, parecen demostrar sin género alguno de duda que la punción durante el embarazo no es más peligrosa que en cualquier otra época, y que puede hacerse la ovariectomía durante la gestación con ciertas probabilidades de éxito. Wells refiere 10 casos en que hubo intervención quirúrgica. En uno se hizo la punción, y en los nueve restantes la ovariectomía; ocho de estas enfermas curaron, y el embarazo llegó á término en cinco de ellas. Otros cinco casos se abandonaron á sí mismos, y de ellos en unos llegó á término el embarazo y en los otros se verificó espontáneamente el parto prematuro; tres mujeres murieron. Los hechos no son, en verdad, bastante numerosos para decidir la cuestión, pero favorecen sin duda más la opinión de Wells que la de Barnes. Debe advertirse que, á menos de abandonar toda esperanza de salvar al niño y de practicar el aborto en un período poco avanzado, los peligros del parto prematuro, cuando el embarazo está bastante adelantado para que sea viable el niño, son casi tan grandes como los del parto á término; y la

cuestión de intervenir activamente no se discutirá más que en los casos de grandes tumores, que son comprimidos casi tanto por el útero grávido á los siete ú ocho meses como á los nueve. Los pequeños tumores no llaman generalmente la atención, y son con más facilidad rechazados por la parte que se presenta durante el parto. El éxito de la ovariectomía durante el embarazo es sin duda bastante notable, y no debemos olvidar que la mujer debe someterse necesariamente á los peligros de la operación más pronto ó más tarde; el caso no es, pues, ya el mismo que aquel en que un aborto feliz pone término á todos los peligros. Aunque la operación pusiese fin al embarazo—y hay al menos alguna probabilidad de que no ocurra esto—no aumentaría los peligros de la madre; respecto al niño, el resultado para él sería el mismo que después de un aborto provocado. En suma: parece, pues, que el mejor procedimiento para la madre y para el hijo es recurrir á la práctica, en apariencia heroica, que recomienda Wells. Sin embargo, la destreza y experiencia del operador deben influir en nuestra determinación. Si el cirujano no ha adquirido la habilidad de que tanto necesita para el buen éxito de la ovariectomía, se protegen mejor los intereses de la madre practicando el aborto tan cerca como sea posible del principio del embarazo. Debe, pues, recurrirse á uno ú otro de estos métodos, pues á pesar de algunas observaciones en que se verificaron varios embarazos sucesivos en mujeres que tenían tumores ováricos los peligros son tales que no está justificada la expectación. Si ocurriese la rotura del quiste, no hay duda de que debería recurrirse á la ovariectomía con el objeto de extraer la bolsa rota y su contenido extravasado.

Puede recaer el embarazo en un útero afecto de uno ó varios tumores fibrosos. Si están situados en la parte inferior y en posición tal que han de dificultar el paso del feto, pueden complicar seriamente el parto. Si residen en el fondo ó en el cuerpo del útero, pueden provocar hemorragias ú otros accidentes por inflamación de su tejido propio. Como quiera que su estructura es análoga á la de las paredes uterinas en que están contenidos, participan del desarrollo del útero durante el embarazo y á menudo

Tumores
fibrosos.

aumentan notablemente de volumen. Cazeaux dice lo siguiente: «Les he visto en algunos casos adquirir en tres ó cuatro meses un volumen que no hubieran alcanzado en varios años en una mujer que no estuviese en cinta». De igual modo participan de la retracción general del útero después del parto, y disminuyen con frecuencia mucho de volumen y hasta desaparecen por completo. En otra parte (1) he citado algunos curiosos casos de este hecho, y la desaparición completa de tumores aun voluminosos la han observado autores de cuyo diagnóstico no puede dudarse.

Tratamiento.

El tratamiento variará según el tamaño y la posición del tumor, y cada caso deberá tratarse según lo requiera su importancia, no pudiendo darse reglas aplicables á todos ellos. Una relación completa de los casos recientes se encontrará en la moderna tesis del doctor John Phillips (2), que demuestra la frecuencia de resultados graves. Si la posición del tumor es tal que impida el parto, la producción del aborto prematuro es el mejor medio indicado, que tiene sus peligros, pero no tanto como el dejar llegar el embarazo á su término. En algunos casos la extirpación del tumor solo por sección abdominal (miotomía) ó de éste y el útero grávido (ablación de Müller), ha hecho desaparecer síntomas concomitantes graves, dando buen resultado.

Si no obstruye el paso, no está indicado de un modo tan formal el aborto. El mayor peligro en este caso procederá del obstáculo opuesto por el tumor á la contracción del útero después del parto, y por lo tanto de los peligros de hemorragia. Si se produjese ésta, se cohibiría el flujo de sangre del mismo modo que en un embarazo normal, sobre todo por una inyección de percloruro de hierro. He visto, sin embargo, varios casos en los que se verificó el parto en semejantes condiciones sin ningún incidente grave. El peligro de una flegmasia y de la expulsión ulterior de las masas fibroides, sería probablemente tan grande después de un aborto ó parto prematuro como después

(1) *Obst. Trans.*, 1869, vol. X, pág. 102; 1872, vol. XIII, pág. 288; 1877, vol. XIX, pág. 101.

(2) *The Management of Fibro-myomata complicating Pregnancy and Labour. Brit. Med. Journ.*, 1888, vol. I, pág. 1331.

del parto á término. Parece, pues, que la regla que debe seguirse es intervenir sólo cuando los tumores hayan de impedir el parto, y en los demás casos dejar al embarazo seguir su curso, preparándonos á combatir cualquier complicación á medida que se presente. Obligaremos á las mujeres que tienen tumores fibrosos uterinos de cierto volumen á permanecer solteras, con lo cual evitarán todos los peligros del embarazo.