

División
del parto
en periodos.

parto los tocólogos en *periodos*, que corresponden, casi con exactitud, á la marcha natural de los hechos. Admitense comúnmente tres periodos: el primero comprende desde el establecimiento de los dolores regulares hasta la dilatación completa del orificio uterino (periodo de dilatación); el segundo, desde la dilatación completa del orificio uterino hasta la expulsión del niño (periodo de expulsión), y el tercero ó último comprende la retracción permanente del útero, el desprendimiento y la expulsión de la placenta (periodo post-pártum). A estos periodos podemos añadir perfectamente un estadio preparatorio que precede al principio regular del parto.

Periodo
preparatorio.

Cierto tiempo antes del parto, que varía entre algunos días y una ó dos semanas, se observan generalmente varios síntomas premonitorios que indican la próxima llegada del parto. A veces son muy marcados y no pueden desconocerse; otras, por el contrario, son tan ligeros que no llaman la atención. Uno de los más comunes es el descenso del útero á la cavidad pélvica, resultado de la relajación de las partes blandas que precede al parto. El fondo del tumor uterino está menos elevado, y por tanto disminuida la compresión de los órganos respiratorios, se siente la mujer más ligera y menos pesada que en las anteriores semanas. Si se hace entonces un reconocimiento vaginal, se ve que el segmento inferior del útero ha descendido á la cavidad pélvica; y la consecuencia de este hecho es que, en tanto que la respiración está menos dificultada y que se siente más ligera la mujer, se agravan otros fenómenos del embarazo, tales como la hemorroides, la irritabilidad de la vejiga y del intestino y el edema de los miembros inferiores. La mayor compresión del intestino produce á menudo una especie de diarrea temporal, que es bastante ventajosa para desocupar el recto de las heces fecales que en él pueden haberse acumulado. Como ya he dicho, las contracciones que se presentan á intervalos en los últimos meses del embarazo se gradúan cada vez más y dan por resultado el producir un acortamiento real del cuello, muy útil para preparar su dilatación. Por lo general se presenta también, poco antes del parto, un flujo mucoso más abundante de la cavidad del cuello, teñido á menudo de sangre á conse-

Descenso
del útero.

cuencia de la rotura de pequeños vasos capilares. Se dice entonces que aparecen los *limos*, signo bastante seguro de la aproximación del parto. Pero este flujo puede faltar por completo hasta que nazca el niño. Cuando es copioso, sirve para lubricar las vías genitales; coincide, en general, con una rápida dilatación de las partes y un parto fácil.

Secreción
mucosa ó limos.

Durante este tiempo (*estadio premonitorio*) se manifiestan á menudo las contracciones uterinas dolorosas, que, no obstante, no producen el menor efecto sobre la dilatación del cuello. En algunos casos son frecuentes y fuertes, y pueden tomarse perfectamente por el principio real del parto. Estos *dolores falsos*, como se los llama, son con frecuencia producidos y sostenidos por irritaciones locales, la plenitud ó el embarazo del conducto intestinal, y producen á menudo gran molestia y mucho enojo á la mujer y al tocólogo. Son sólo, como ya sabemos, contracciones normales del útero, aumentadas y acompañadas de dolor.

Dolores falsos.

En cuanto principia el parto se hacen más fuertes las contracciones uterinas, y puede reconocerse que son *verdaderos dolores* por su efecto sobre el cuello. Si durante una de ellas se hace un examen vaginal, se siente cómo se ponen tensas las membranas y cómo se comban durante el dolor, y se encuentra el orificio uterino parcialmente dilatado y adelgazados sus bordes. A medida que avanza el parto se gradúa cada vez más este efecto sobre el orificio. Al principio es muy ligera la dilatación, apenas suficiente para admitir la punta del dedo, y pueden reconocerse los dos orificios del cuello, superior é inferior. Pero en cuanto se hacen más fuertes y frecuentes los dolores, la dilatación se verifica según ya he descrito; el cuello se adelgaza y pone más tenso, después no se toca ya más que un anillo circular (laxo en el intervalo de los dolores, pero rígido y tenso durante la contracción, cuando la bolsa de las aguas se encaja en él), sin que sea posible distinguir los orificios superior é inferior. Durante este tiempo, la mujer, aunque sintiendo dolores agudos, es aún capaz de levantarse y de andar. La intensidad de los dolores varía mucho, según el carácter de la mujer. En las muy sensibles, y cuya susceptibilidad nerviosa está muy desarrollada, el dolor es en general muy vivo. Están agitadas, irritables y

Primer periodo
de
dilatación.

desesperadas, y cuando se aproxima el dolor gritan mucho. El carácter del grito es particular y distinto en el primer estadio, y lo han descrito los tocólogos como característico. Es agudo y alto, y muy diferente de los profundos gemidos del segundo estadio, cuando involuntariamente ayuda el pecho el esfuerzo del parto. Cuando la dilatación es casi completa, aparecen á menudo ciertos fenómenos nerviosos reflejos, entre otros las náuseas y los vómitos, ó un escalofrío involuntario, pero sin ninguna sensación de frío, pues la mujer está caliente y sudorosa. Todos estos síntomas indican que va á comenzar muy pronto el estadio de propulsión, y pueden considerarse más bien como favorables, aunque por su naturaleza alarmen á la mujer y á sus parientes. Durante este tiempo se dilata por completo el orificio, se rompen las membranas, en general espontáneamente, y sale una cantidad considerable de líquido amniótico. La cabeza, si es ella la que se presenta, obra á menudo como una especie de válvula, y cerrando la abertura del cuello impide la evacuación completa del líquido amniótico, que se escapa por grados en el curso del parto ó se encuentra con frecuencia retenido en gran cantidad hasta el nacimiento del niño.

Ocurre frecuentemente, si las membranas son algo más resistentes que de ordinario, y los dolores frecuentes y fuertes, que el feto es empujado á través de la pelvis y hasta expulsado envuelto por sus membranas. Cuando ocurre este hecho se dice que el niño ha nacido «cubierto», y sería mucho más común si el tocólogo no tuviese la costumbre de romper artificialmente las membranas en cuanto el orificio está dilatado por completo, cuando no es ya necesaria su integridad.

El orificio está entonces completamente retraído por encima de la parte que se presenta, y no puede ya percibirse, porque la vagina y la cavidad uterina no forman más que un solo conducto. El flujo mucoso es generalmente abundante, y el dedo que reconoce saca largos filamentos de moco viscoso, transparente, teñido de sangre. Los dolores, al cabo de un instante de reposo, cambian por completo de carácter. El útero se contrae fuertemente al rededor del feto, la parte que se presenta descende á la

Rotura
de las
membranas.

Segundo periodo
ó
expulsión.

pelvis y principian los verdaderos dolores expulsivos. Los músculos accesorios del parto entran entonces en acción. A cada dolor hace la mujer una profunda inspiración y llena su pecho de aire, de modo que ofrezca un punto de apoyo á los músculos abdominales. Por la misma razón se agarra involuntariamente á cualquier apoyo, á la mano de un asistente ó á una servilleta atada á la cama, y al propio tiempo apoya con fuerza sus pies contra los de la cama para obrar con más energía. Los gritos no son ya penetrantes y agudos: consisten en una serie de profundos gemidos, encubiertos, que corresponden á una sucesión de espiraciones cortas hechas durante la violencia del esfuerzo. Los músculos abdominales se contraen enérgicamente sobre el útero, cuya acción estimulan al comprimirle. Debe advertirse que estos violentos esfuerzos están en cierto modo bajo la dependencia de la voluntad de la mujer. Animándola para que inmovilice su pecho y empuje hacia abajo, puede aumentarse la energía del esfuerzo; en tanto que si queremos disminuirla le aconsejaremos que grite, en cuyo caso los músculos abdominales no tienen ya punto de apoyo fijo. Aunque la mujer pueda disminuir de este modo la acción de los músculos accesorios, no está en su mano el detenerla por completo. A medida que avanza el parto descende cada vez más la cabeza durante los dolores, y retrocede en su intervalo hasta que llega al perineo, que bien pronto se distiende.

Los dolores se hacen cada vez más fuertes y frecuentes, con intervalos apenas perceptibles, hasta que la cabeza, que avanza, distiende el perineo. En el intervalo de los dolores, la elasticidad de los tejidos perineales rechaza la cabeza hacia arriba; de modo que disminuye la presión á que está sometido el perineo, y el dolor siguiente le distiende de nuevo y hace adelantar algo más de la cabeza. Este avance y retroceso alternativos favorecen la distensión gradual de los tejidos y disminuyen los peligros de la rotura. Al mismo tiempo, la compresión de la cabeza desocupa mecánicamente el contenido del intestino. Durante los últimos dolores, cuando el perineo ha alcanzado su maximum de distensión, el orificio anal está dilatado y tiene á veces el diámetro de un duro; el perineo

Carácter
de la
contracción
de los
músculos
accesorios del
parto.

Distensión
del
perineo y salida
del niño.

está relajado, y la distensión, y por tanto también los peligros de la rotura, alcanza su maximum. El vértice de la cabeza sobresale cada vez más á través de la vulva, encajado en el orificio de la vagina, y, por último, se desliza sobre el perineo y es expulsado. La intensidad del dolor en este momento obliga generalmente á la mujer á dar un fuerte grito. La acción de los músculos abdominales está así disminuída en el último momento, y este hecho, combinado con la relajación del esfínter del ano, contribuye admirablemente á disminuir los peligros de la rotura del perineo. El resto del cuerpo es, en general, expulsado inmediatamente por un solo dolor, y con él las últimas gotas del líquido amniótico y algunos coágulos, resultado del desprendimiento de la placenta; así termina el segundo estadio del parto.

Tercer periodo.
Su importancia.

El tercer estadio principia después de la expulsión del niño. Es de capital importancia para la madre el que se dirija de un modo natural y conveniente, pues en este estadio se cierran los senos uterinos y puede romperse fácilmente la frágil barrera que la naturaleza emplea para este objeto, con una pérdida grave y hasta mortal como consecuencia. Por desgracia, sucede con demasiada frecuencia que el práctico fija toda su atención en la expulsión del niño, de tal suerte que el resto del parto se estudia imperfectamente y se comprende peor.

Contracción
del útero
y
desprendimiento
de la
placenta.

Tan luego como es expulsado el niño, las fibras uterinas se retraen en todas direcciones, y la mano aplicada al órgano encuentra una masa redonda, dura, situada en la parte inferior de la cavidad abdominal. La retracción de su cara interna desgarrá comúnmente las inserciones placentarias, y la placenta queda en la cavidad del útero como un cuerpo extraño.

Modo
de evitarse
la
hemorragia.

La hemorragia por los orificios abiertos de los senos uterinos se detiene entonces de dos maneras: 1.^a, por la contracción de las paredes uterinas, y cuanto más fuerte, persistente y tónica sea esta contracción, más protegida contra la hemorragia estará la mujer; 2.^a, por la formación de coágulos en los orificios de los vasos. Si nos apresuramos demasiado á provocar la expulsión de la placenta, se tiende á destruir esta última salvaguardia contra la he-

morragia, y esta tentativa puede ir seguida de una hemorragia. Pasado cierto tiempo, que varía entre un cuarto y media hora, se endurece el útero, y si se abandonan las cosas á la naturaleza, se produce lo que se ha denominado con exactitud un parto en miniatura. Los dolores reaparecen y la placenta es expulsada espontáneamente del útero, ora al conducto vaginal, ora al exterior. En la mayor parte de las obras de obstetricia se dice que la placenta puede desprenderse, ora por su centro, ora por sus bordes, y que es expulsada comúnmente á través del orificio del cuello por su cara fetal, invertida y replegada transversalmente sobre si misma. Es cierto que la placenta es expulsada á menudo de este modo cuando se hacen tracciones sobre el cordón. Pasa entonces á través del orificio en forma de paraguas invertido. Pero es también cierto que no es éste el mecanismo natural del alumbramiento. Berry Hart (1) ha descrito perfectamente lo que sucede y demostrado que, si se abandona este estadio á la naturaleza, la placenta desprendida es expulsada por sus bordes, su cara uterina se desliza á lo largo de la superficie interna del útero y forma repliegues paralelos al diámetro mayor de la cavidad uterina (fig. 97). De este modo es arrojada á la vagina y su expulsión se verifica sin hemorragia. Si se extrae la placenta como ordinariamente se hace, obstruye la abertura del cuello, obra como el pistón de una bomba y tiende á provocar la hemorragia. Más adelante aplicaré al tratamiento las consecuencias de esto; pero ahora debo llamar la atención sobre el mecanismo natural, porque creo que no hay ningún estadio del parto en cuya dirección se hayan adoptado opiniones más erróneas y susceptibles de producir graves accidentes. Si no nos es familiar el modo como la naturaleza efectúa la expulsión de la placenta y previene la hemorragia, cometeremos sin duda errores cuando se requieran nuestros auxilios. En la gran mayoría de casos, si no intervenimos, quedará la placenta, si no en el útero, al menos en la vagina durante mucho tiempo, quizás varias horas, lo cual agotará inútilmente la

Expulsión
espontánea
de la
placenta.

Su mecanismo
cuando
se deja obrar
á la
naturaleza.

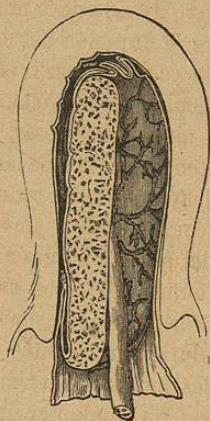
(1) Berry Hart, *Sectional Anatomy of Labour*. Edin. Med. Journ.,
Noviembre de 1887.

paciencia del tocólogo y será perjudicial á la mujer. Tenemos, pues, el deber de provocar la expulsión de la placenta, y si esto se hace científica y convenientemente, es una prenda de seguridad y de bienestar para la mujer. Pero para alcanzar este objeto debemos ayudar á la naturaleza en vez de contrariar su método, como tan á menudo se hace.

Dolores
consecutivos.

Una vez expulsada la placenta, se retrae el útero aún con más fuerza, y en los casos tipos se la encuentra en medio del estrecho superior dura, consistente y del ta-

Fig. 97.



Manera natural como se expulsa la placenta. (Según Duncan.)

maño próximamente de una bilorta. Por lo general, durante algunas horas, ó durante uno ó dos días, se relaja y contrae, y estas contracciones ocasionan dolores que molestan á veces mucho á las mujeres. El objeto de estos dolores es sin duda alguna el expulsar los coágulos que puedan quedar en el útero, y por tanto, por desagradables que puedan ser á la mujer, deben considerarse como saludables, á menos de ser excesivos.

Duración
del parto.

La duración del parto varía mucho en los diferentes casos, y es completamente imposible dar ninguna regla precisa respecto á ella. Sometido á excepciones, el parto es más largo en las primíparas que en las múltiparas, á

causa de la mayor resistencia de las partes blandas en las primeras, sobre todo de los tejidos de la vagina y vulva. Casi todos los autores admiten que las dificultades del parto aumentan con la edad de la mujer, y que en las primíparas de edad es verosimilmente más penoso á causa de la rigidez de las partes blandas. Pero es dudoso que esta opinión tenga una base seria en qué fundarse, y en estos casos se ve á menudo agradablemente contrariado el práctico por el resultado. Roper (*) dice que la debilidad de los tejidos que sobreviene después de los cuarenta años disminuye su resistencia, y que pasada esta edad los primeros partos son en general más fáciles que en la juventud. Las costumbres y el género de vida de la mujer tienen sin duda gran influencia sobre la duración del parto, pero no tenemos bastantes observaciones para emitir una opinión exacta sobre el particular. Es racional suponer que los tejidos de las mujeres altas, musculosas, muy desarrolladas, ofrecerán más resistencia que los de las delgadas. Por otra parte, las mujeres delicadas, sobre todo en las clases ricas, están más á menudo expuestas á emociones que pueden alargar la marcha del parto. Su duración media, calculada con arreglo á gran número de casos, es de ocho á diez horas; sin embargo, en las primíparas puede terminarse en una ó dos horas, ó durar veinticuatro sin que sea necesario intervenir. En las múltiparas termina con frecuencia mucho más pronto. En cualquier momento del parto, aparte de su duración, pueden surgir indicaciones que reclamen la intervención facultativa.

Dificultades
del
parto.

La relación entre la longitud del primero y segundo estadio varía también mucho. En general el primero es el más largo, y Cazeaux ha establecido que dura normalmente dos veces más que el segundo, cuyo hecho no tiene fundamento alguno, y yo creo que Joulin se acerca más á la verdad al establecer que el primer estadio es al segundo como cuatro ó cinco es á uno, mejor que como dos es á uno. A menudo, si el primer estadio ha sido muy largo, el segundo es rápido.

Constantemente se pregunta al médico cuál será la du-

(*) *Obst. Trans.*, 1886, tomo VII, pág. 51

Necesidad de cuidarse de expresar una opinión sobre la posible duración del parto.

ración del parto; mas es ésta tan incierta, que el profesor deberá ser siempre muy reservado en la respuesta. Aun en los casos en que el parto marcha en apariencia del modo más satisfactorio, los dolores se extinguen con frecuencia y puede retardarse varias horas. En el primer estadio, un cuello que parece rígido y estrecho puede dilatarse rápidamente de un modo inesperado y terminar muy luego el parto. Si el médico adelanta demasiado, es fácil que incurra en error; vale más que sea muy reservado en sus predicciones.

Tiempo del día en que se verifica el parto.

Ocurren más partos en las primeras horas de la madrugada que en cualquier otro momento. Así, West (1) ha observado que de 2.019 partos, 780 ocurrieron desde las once de la noche á las siete de la mañana, 662 desde las siete de la mañana á las tres de la tarde y 577 desde las tres de la tarde á las once de la noche.

(1) Amer. Med. Journ., 1854.

CAPÍTULO II

MECANISMO DEL PARTO EN LAS PRESENTACIONES DE VÉRTICE

No puede exagerarse la importancia del estudio profundo de los fenómenos mecánicos que acompañan al paso del feto á través de la pelvis. Estos fenómenos, que se han llamado con razón el alfabeto de la obstetricia, dominan toda la práctica de los partos, y el médico que conociera incompletamente este asunto no sería más que un empírico incapaz de dirigir, con seguridad para la enferma y satisfacción de su conciencia, los casos difíciles que exigen una intervención quirúrgica.

Al estudiar los fenómenos fisiológicos del parto hemos tomado por tipo el caso más común: la presentación de vértice, cuya descripción es aplicable, con ligeras diferencias, á las demás presentaciones. De igual modo, en la discusión de los fenómenos mecánicos del parto, describiré con todos sus detalles el mecanismo de la presentación de vértice, reservándome indicar las particularidades de las otras presentaciones en el capítulo en que las estudiemos en particular. La presentación de vértice es más frecuente que las otras (próximamente 95 veces de cada 100), hallándose plenamente justificado este modo de estudiar el asunto, y cuando el alumno conoce á fondo los fenómenos del parto en las presentaciones de vértice, le es fácil comprender el mecanismo de las demás, pues todas se fundan en el mismo plan general.

Ante todo debemos penetrarnos de la importancia de las suturas y de las fontanelas, pues son nuestros guías en el diagnóstico de la posición de la cabeza del feto y en la apreciación de sus progresos á través del conducto pélvico; si no se ha adquirido el *tactus eruditus*, merced al cual pueden distinguirse unas de otras, es incapaz el médico de

Importancia de la cuestión.

Frecuencia de las presentaciones de vértice.

Modo de reconocer la posición de vértice por las suturas y fontanelas.