

Cuando la hemorragia es abundante habrá que acudir á las aplicaciones de agua fria ó nieve sobre el hipogastrio ó el periné, pero por poco tiempo y á condicion de que no estén muy adelantadas las fuerzas. Son muy útiles las ventosas y cataplasmas sinapizadas en las mamas, los maniluvios fuertemente sinapizados y la aplicacion de un gran sinapismo entre las escápulas. Si esto no basta y hay peligro de muerte, algunos aconsejan el cornezuelo de centeno como hemostático; efecto que nos parece muy dudoso: tambien se habla del taponamiento vaginal; pero si no conocemos el por qué de la hemorragia, este medio no servirá de nada más que para perder un tiempo precioso. ¿Servirá el taponamiento si la placenta está inserta en el cuello y éste se ha de dilatar precisamente porque el medio empleado es un estímulo que incita la contraccion uterina? Rotundamente digo que no.

En los casos de hemorragia interna las dificultades son considerables, porque el orificio está completamente cerrado; y áun cuando se inicie algo la dilatacion, en ambos casos hay que estimular las contracciones uterinas con las malaxaciones en el vientre, las titilaciones en el cuello, el cornezuelo de centeno si hay dolores, y en cuanto sea posible introducir la mano hacer la version.

Mayores dificultades encuentra el Profesor si aún no está próximo el parto y la mujer es primípara, porque el cuello es impracticable; en tal caso, hay que perforar las membranas, forzar la dilatacion con el dedo, y áun hacer incisiones en el cuello.

Durante el parto, la cuestion de cohibir una hemorragia puerperal varía mucho, porque sea cual fuere la

causa de la hemorragia, hay siempre una indicacion vital, que es terminar el parto, lo cual en este momento es más fácil que en el curso del embarazo.

Si la hemorragia es ligera bastarán los medios comunes, sin acordarse del opio, porque suspende las contracciones uterinas. Si el cuello está dilatado ó es dilatable, se rompen las membranas, y si continuando la hemorragia se debilitan las contracciones, el centeno de corne-zuelo despertará éstas.

— Cuando la hemorragia es grave y el orificio no está dilatado, hay que romper las membranas, comprimir fuertemente el fondo del útero para que no se acumule la sangre en su interior, y en último resultado excitar la contraccion uterina, y como recurso desesperado, forzar la dilatacion del orificio, á pesar de la gravedad de esta operacion.

— Estando dilatado ó dilatable el orificio y el parto algo avanzado, no hay que esperar un momento: la version y el fórceps serán los medios más preciosos para terminar la hemorragia.

#### ARTICULO 6.º

##### Del taponamiento vaginal.

— Se ha generalizado tanto el uso del taponamiento vaginal para llenar indicaciones variadas, y muchas veces opuestas, y suele apelarse á este medio con tan poco discernimiento, que esto nos induce á dedicar algunas lineas á este medio terapéutico, despues de haber estudiado la metrorragia, para cuyo accidente se emplea más comunmente.

El taponamiento consiste en la introduccion en la vagina de un cuerpo blando, flexible, que aplicándose inmediatamente contra el hocico de tenca, tapa el orificio uterino.

El tapon vaginal se hace con torundas de hilas, ya secas ó empapadas en agua comun, vinagre, agua estípica ó percloruro de hierro. Tambien puede utilizarse una compresa cuadrada, dejando fuera de la vulva sus cuatro puntas y llenando la cavidad que forma con hilas, estopa ó cualquiera otra sustancia análoga. El mejor medio es usar mechas gruesas de hilas con un fiador, y que una vez aplicadas en el orificio uterino se sostienen con torundas de hilas.

Para aplicar el taponamiento debe usarse el *speculum*, si bien puede hacerse sin este instrumento. Se conducen con pinzas largas de anillos las mechas ó torundas hasta llegar al cuello uterino. Comprimiéndole despues se rellena todo el conducto vaginal con bolitas de hilas que sostengan la primera. De este modo se obstruye la vagina y nada puede salir al exterior por el orificio de la matriz. Para quitar el tapon se tira suavemente del fiador, teniendo la precaucion de hacer ántes alguna inyeccion, para que humedecidas las hilas, tenga ménos molestia la enferma.

Se comprende perfectamente que el tapon, impidiendo la salida de sangre por el orificio, facilita la formacion del coágulo obturador, como se verifica por la compresion en cualquier parte del cuerpo; pero la cuestion es que el coágulo obstruye sólo los vasos inmediatos, continuando la salida de sangre por otros; que la matriz puede distenderse y acumularse la sangre en su

cavidad sin salir al exterior; que la sangre procede de un desprendimiento parcial de la placenta, y que no contrayéndose la matriz ó haciéndolo irregularmente, está siempre en actividad la fuente de la hemorragia; que la placenta está inserta en el cuello y éste tiene que dilatarse con tanta más razon cuanto que el tapon incita la contraccion uterina, y cuanto más se dilata el cuello más sangre sale, y el tapon es expulsado sin haber producido resultado beneficioso alguno.

Todo esto quiere decir que el taponamiento vaginal en el acto del parto pocas veces es útil más que para evitar una hemorragia externa y para dar tiempo á poner en planta los medios necesarios en cada caso, y esto podrá comprobarse discurriendo algo sobre las circunstancias dichas, y creo lo demuestre el estudio de las causas de las hemorragias, que hemos procurado apuntar en el capítulo correspondiente.

Por esta razon, siempre que se aplica el taponamiento no queda el Profesor tranquilo, porque si bien en el momento de la aplicacion no hay hemorragia, no tarda mucho en volver á salir la sangre, y quizás entónces con gravísimas consecuencias. Mejor será, pues, estudiar bien el por qué de la hemorragia y cumplir la indicacion especial en cada caso, que no abusar de un medio que para tan poco sirve.

Durante el embarazo y despues de un aborto será útil el taponamiento. En los últimos meses de la gestacion será tambien conveniente hacer el taponamiento en la generalidad de los casos, porque entónces se excitan las contracciones uterinas y se adelanta el parto, que es en estos casos el mejor medio para que termine la hemorragia.

Aun despues del parto, como verémos en su lugar, si bien el taponamiento es utilísimo, no lo es sino á condicion de que la matriz se contraiga, porque sin esto el tapon evitará el escándalo de una hemorragia externa; pero la parida sucumbe en breves instantes.

En un caso especial es muy útil el taponamiento: había insercion de la placenta en el cuello, se ha extraido el feto, quedan abiertos los vasos del contorno del orificio, la mujer está bajo la influencia de las hemorragias, con poca más sangre que pierda puede sucumbir. En esta especial circunstancia el taponamiento es un medio preciosísimo, porque además de ser un excitante de la contraccion, obstruye completamente los vasos de donde sale la sangre.

Estoy tan convencido de la eficacia de este medio, que, como puede verse en mis *Memorias clínicas* anuales, cuando me he encontrado en dichas circunstancias, temiendo perder el tiempo én tanto que se preparaba lo necesario para el taponamiento, he recurrido á introducir la mano y aplicarla cerrada contra el cuello uterino, al mismo tiempo que con la otra comprimía, al través de las paredes abdominales, el fondo del útero; continuando en esta situacion por espacio de media hora el tapon formado por la mano, ha impedido la salida de más sangre y se ha salvado la vida de algunas paridas.

#### ARTICULO 7.º

##### Convulsiones.—Eclampsia.

Las convulsiones que se presentan en el momento del parto constituyen un caso importante de distocia. Se han

denominado de varios modos: *convulsiones histéricas, epilépticas, apoplejia de las parturientes y eclampsia*. Conservaremos este último nombre, por que indica que es una enfermedad especial.

Las causas de la eclampsia son tan oscuras como las de todas las afecciones nerviosas. ¿Es la eclampsia una enfermedad nerviosa, esencial y primitivamente? ¿Reconoce por causa una lesion en cualquier aparato? Imposible es asegurarlo actualmente; pero consignemos algunos hechos. En la autopsia no se encuentra una lesion constante, pues la hiperemia cerebral, los derrames, no existen en la mayor parte de los casos; estas lesiones son, pues, consecutivas. Fuera del cerebro, en ningun otro órgano se encuentra nada.

Puesto que se presenta la eclampsia en el embarazo y en el parto, podrá suponerse que estos especiales estados de la mujer deben figurar como causa; pero ¿cómo influyen? Esto es lo difícil. ¿Es la compresion de la matriz y el obstáculo que esta opone á la circulacion sanguínea y linfática? Sabemos ya que durante la gestacion y hasta terminar el parto, hay una exaltacion general de la sensibilidad: será, pues, más fácil un trastorno nervioso durante esta excitacion nerviosa, y por lo tanto induce una predisposicion. Pero hay más: la eclampsia se observa precisamente bajo la influencia de causas que obran sobre la inervacion: un calor excesivo en la habitacion de la parturiente, un disgusto, una mala noticia repentina, un susto; se ha notado que es más comun en las mujeres que tienen disgustos de familia graves, cuando el embarazo es ilegítimo. Es verdad que la eclampsia se presenta tambien sin el concurso de estas causas; pero

esto prueba que la excitabilidad puerperal estaba tan exagerada, que puede considerarse como patológica.

La eclampsia es más comun en las primerizas. Desde luégo hay dolores intolerables, sobre todo en los casos de rigidez de la matriz, sin contar la gran resistencia que en ella tiene el periné. Se ha dicho que era más comun en aquellas mujeres que han tenido grandes edemas en los últimos tiempos del embarazo y cuando está muy distendida la matriz.

Los autores modernos se han fijado en la presencia casi constante de la albúmina en la orina de las eclámpicas. Esta coincidencia, que se encuentra en muchas ocasiones, se considera por algunos como la única causa predisponente.

La albuminuria prolongada produce disminucion de la albúmina en la sangre, y este liquido alterado determina en el centro cerebro-espinal una excitacion particular, que se convierte en causa directa de las convulsiones, ó le hace más impresionable á las excitaciones del exterior. que en otras circunstancias no tendrían ninguna influencia.

La eclampsia se presenta algunas veces repentinamente, sin que nada haga esperarla; pero generalmente va precedida de algunos fenómenos precursores. Las enfermas se quejan de malestar y agitacion: se ponen impacientes; sienten dolor de cabeza en una parte aislada, intolerable y que nada disipa, acompañado en muchas ocasiones de náuseas y vómitos. Si la convulsion aparece durante el parto, la mujer se pone muy inquieta, rie ó llora, y las contracciones uterinas se hacen irregulares.

Después de más ó ménos tiempo de estos fenómenos, empieza el acceso convulsivo. La enferma fija los ojos y se queda como inmóvil; los músculos de la cara se contraen con rapidez, alterándose las facciones y haciendo gestos desagradables; los párpados se mueven con rapidez, los ojos se fijan y dirigen á un lado produciendo un estrabismo, la nariz se hace más prominente, los labios se mueven, las comisuras se dirigen al lado que los ojos, la boca entreabierta da paso á la lengua entre los arcos dentarios, siendo ésta mordida muchas veces. Bien pronto aparecen las convulsiones en las extremidades, sobre todo en los músculos extensores; los brazos dan sacudidas fuertes en pronacion forzada, las manos están cerradas; el pulgar, doblado sobre la palma de la mano, ó extendido sobre el índice y el medio; lo mismo sucede en las extremidades inferiores; el tronco en extension casi permanente: de aquí que la mujer, acostada sobre el dorso, conserva esta posición, y no hay que hacer nada para que no se caiga de la cama ó se dé un golpe en la cara, como sucede en otras convulsiones.

Las contracciones de las vísceras huecas hacen salir la orina, los alimentos y las materias fecales.

La respiracion es irregular, ruidosa, por sacudidas, ó está como suspensa por la contraccion tetánica de los músculos respiratorios.

El espasmo de la laringe y de la faringe producen sus efectos consiguientes. Hay dificultad en la respiracion, casi asfixia, y por lo tanto disminucion de la hematosis; de aquí lividez del rostro, tumefaccion de la cara y del cuello; cerrada tetánicamente la boca, el aire espirado produce un silbido y arrastra la saliva mezclada con el

aire, formando una espuma teñida de sangre si hay mordedura en la lengua.

La deglucion es imposible, y se disminuye la secrecion de la orina.

El pulso es duro y lleno al principio del acceso; despues se hace lento y pequeño. La piel, seca y caliente, se cubre por fin de sudor, que es un signo de terminacion pronta del acceso.

La sensibilidad y la inteligencia se suspenden; la enferma no ve la luz, ni siente dolor aunque se la pinche ó quemee. No recuerda despues nada de lo sucedido.

La contraccion uterina unas veces no sufre alteracion alguna, otras se suspende, y algunas se hace más enérgica, acelerándose el parto y verificándose cuando menos lo espera el Profesor; á veces se encuentra la criatura entre los muslos de la madre, áun despues de muerta ésta.

Este acceso de eclampsia que hemos descrito no termina repentinamente, sino por grados; el primero dura poco y es el ménos intenso, pero se suceden otros con síntomas más exagerados. Cada acceso tiene una duracion variable; el primero uno ó dos minutos; despues tres ó cuatro, y es raro que pasen de seis. Casi siempre hay más de dos; son varios, y entre cada uno pasa un tiempo variable, que varía de algunos minutos, muchas horas ó medio día.

En el intervalo de los tres ó cuatro primeros accesos hay un estado de postracion completa; bien pronto la mujer vuelve en sí y mira con asombro á su alrededor, sin comprender lo que ha sucedido hasta que recobra por completo sus facultades. Cuando los accesos se repiten

mucho son muy cortos los momentos de lucidez, y llega á haber un coma prolongado, una especie de muerte aparente.

La eclampsia puede terminar por la curacion, por la muerte, ó dejando otra enfermedad.

Si la terminacion ha de ser favorable, los accesos son cortos, escasos y muy lejanos; en el intervalo la mujer recobra por completo sus facultades; suele quedar disminuida la memoria por algunos dias.

Si ha de sobrevenir la muerte, los accesos duran cinco ó seis minutos, tienen mucha intensidad, y en el intervalo hay un coma del que no triunfan ni áun los medios más excitantes. La muerte sobreviene á veces muy pronto, pero otras tarda doce, veinticuatro y hasta cuarenta horas. Lo mismo acaece en el período convulsivo que en el comatoso; en el primero por la contraccion permanente de los músculos respiratorios; en el segundo por la congestion cerebral y áun por la apoplegia.

Puede verificarse la rotura de la matriz durante la eclampsia, si no está aún dilatado el cuello uterino. La rotura de los vasos cerebrales congestionados puede originar una hemiplegia.

No es difícil diagnosticar la eclampsia; pero sin embargo, puede confundirse en el primer periodo con el histerismo, la epilepsia, la catalepsia y el tétanos; durante el segundo, con la apoplegia y la conmocion cerebral.

En el histerismo nunca hay abolicion de las facultades intelectuales; no hay coma despues del acceso; las convulsiones son tumultuosas, y la enferma se caería de la cama si no hay quien lo impida.

Con la epilepsia puede confundirse fácilmente la eclampsia; sin embargo, despues del acceso hay poco ó ningun coma; en la orina no hay albúmina.

La persistencia de la rigidez en las extremidades distingue el tétanos. En la catalepsia conservan siempre los miembros la misma posicion que tenían al principio del acceso.

En la apoplejía no hay, sino por excepcion, fenómenos convulsivos preliminares; hay resolucion completa de los miembros; no es constante como en la eclampsia la pérdida completa del conocimiento.

En la conmocion cerebral la falta de convulsiones anteriores, y la accion de una caída ó golpe fuerte en la cabeza, bastan para establecer el diagnóstico.

La eclampsia es siempre grave para el feto y la madre. Para el feto porque se interrumpen las relaciones con la madre, ó porque se trasmiten á él las convulsiones; todo puede suceder y sucede en efecto; así es que á veces nace el feto y muere luégo con convulsiones.

Respecto á la madre, varía el pronóstico segun la causa de la eclampsia, la época en que se presenta y el curso de los accidentes. No es preciso detenernos en estas circunstancias.

El tratamiento de la eclampsia varía mucho bajo el punto de vista del momento del parto. Si el orificio uterino está ya dilatado se extrae el feto por la version ó el fórceps, y generalmente cesan los accesos; la vida de la criatura depende de que seamos ligeros. No es cierto que siempre cesen los accesos despues de extraer la criatura; lo que cesa es la hemorragia, pero no las convulsiones; es cierto, sí, que son ménos graves; por de

pronto hemos evitado á la mujer los dolores de una ó más horas; hemos puesto á la matriz en mejores condiciones, y todo es favorable; sin embargo, no consideremos á la mujer fuera de peligro.

Desgraciadamente se presenta este eclampsia mucho ántes de la dilatacion completa del orificio: contemos perdido el feto, y autorizados estamos para prescindir de él, porque ha muerto ya mucho ántes de terminar el parto. En este caso se han propuesto varios medios, los laxantes, las evacuaciones sanguíneas generales, los revulsivos y los antiespasmódicos.

Las evacuaciones sanguíneas, no como antiflogístico, pues la sangría en este caso es un antiespasmódico poderoso; el mismo efecto tienen los baños generales, los cuales son eficacísimos.

Los revulsivos por medio de sinapismos en las extremidades inferiores, las ventosas, los evacuantes en enemas, porque la boca está fuertemente cerrada, son medios auxiliares muy convenientes.

Los antiespasmódicos generales no tienen gran eficacia; puede usarse la pomada alcanforada al cuello del útero.

Se apela tambien para favorecer la dilatacion del orificio uterino á la pomada de belladona, á la rotura artificial de la bolsa de las aguas y al centeno cornezuelo, si las contracciones se debilitan ó suspenden.

Por último, si el orificio no se dilata ni está dilatado y las convulsiones se repiten cada vez con más intensidad, amenazando seriamente la vida de la parturiente, recurrirémos, como en otra ocasion hemos dicho, á la dilatacion forzada de este orificio y á la extraccion in-