



MINISTERIO DE LA GOBERNACION

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

SECCION DE PUERICULTURA, MATERNOLOGIA E HIGIENE ESCOLAR

CONFERENCIAS DE MATERNOLOGIA

SEGUNDA PARTE

POR LOS DOCTORES

VICENTE MILIO MARÍ,

PICAZO

Y

TOMAS ALCOBER ALAFONT

PUBLICACIONES "AL SERVICIO DE ESPAÑA Y DEL NIÑO ESPAÑOL"

NUMERO 90



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315125479

AGOSTO 1945

ASISTENCIA AL PARTO

Asistencia al parto y precauciones que hay que tomar.—Conducta de la Matrona en cada uno de sus tiempos.—La analgesia y anestesia obstétrica.—La medicación occitócica en Obstetricia.—El inadecuado y abusivo empleo de la pituitrina.—Fisiología e higiene del puerperio.—La subida de la leche.—Cuidados y alimentación del niño en las primeras semanas de la vida

POR EL DOCTOR

VICENTE MILIO MARÍ

ASISTENCIA AL PARTO

El parto, episodio obstétrico durante el cual el producto de la concepción, ya viable, sale al exterior por las vías genitales, constituye para el profesor Budin a modo cual si de un problema de mecánica se tratase. En él intervienen tres factores principales, que son: la vía del parto, el objeto del parto y las fuerzas motrices. La vía del parto está, en sentido estricto, formada por los conductos uterino y vaginal. El trabajo del parto transforma esta vía, que es un sendero estrecho e insuficiente, en un conducto proporcionado para el paso del feto, y así como el curso de una carretera está condicionado por el carácter del terreno principalmente, sobre todo en países montañosos, de la misma manera la forma y la dirección del trayecto de la vía del parto están condicionadas por el marco óseo de la pelvis, susceptible de modificar su forma en muy escaso grado. El objeto del parto está constituido por el feto y sus anexos (líquido amniótico, placenta y membranas).

y comparando su forma con la del canal del parto, resulta evidente que dicho objeto del parto ha de experimentar forzosamente cambios de forma para adaptarse bien al tubo de salida, y que ésta pueda realizarse sin daño alguno para la madre y el hijo. Además de estos cambios de forma, ha de sufrir también cambios de actitud, acomodándose a los distintos segmentos del canal del parto. El aparato motor está constituido por las contracciones uterinas y de la prensa abdominal (fuerzas motrices), y para desplegar una eficacia perfecta se necesita que este motor esté ligado al funcionamiento de ciertos aparatos auxiliares, de la misma manera que un motor de automóvil sólo puede funcionar bien cuando está bien colocado y cuando ajustan herméticamente todos los espacios en que se producen las explosiones (ligamentos de fijación del útero, anclamiento uterino, acción de la prensa tóraco-abdominal, etc.). No vamos a estudiar ni tan siquiera someramente estos factores, cuyo estudio corresponde hacer, por lo tocante al canal del parto y al objeto del parto, en los reconocimientos periódicos durante la gestación, y del motor del parto, es decir, de las contracciones uterinas, durante todo el curso clínico del parto.

Prácticamente, el parto, que comienza tan pronto como las contracciones uterinas se repiten a cortos intervalos regulares, se hacen dolorosas y producen modificaciones del orificio cervical, puede dividirse en tres períodos: el de dilatación, el de expulsión y el de alumbramiento. En el de dilatación, el cuello uterino se borra primero y después se dilata poco a poco, hasta alcanzar su reborde las paredes vaginales; en el de expulsión, el feto, en virtud de las fuerzas expulsivas, acaba por salir al exterior, y en el de alumbramiento, la placenta y sus membranas se desprenden primero y después son expulsadas.

Para la asistencia al parto normal no debemos jamás olvidar dos preceptos fundamentales: 1.º El proceso del parto es

un acto fisiológico que sólo requiere la intervención del médico en caso de indicaciones muy precisas; y 2.º Toda parturienta debe considerarse como una traumatizada, particularmente expuesta al peligro de infección. En consecuencia, hay que guardar fielmente los principios obstétricos de la asepsia y antisepsia, para que no sobrevenga una infección puerperal. Para la aplicación de estos dos principios se requiere aptitud y juicio clínico para saber si hay que esperar un parto normal o no, o cuándo se ha presentado alguna irregularidad en la marcha del mismo. Se necesita, además, una conciencia de responsabilidad, que impida a la persona que asista el parto arriesgarse a emprender alguna intervención, por pequeña que sea, que pueda perturbar el curso del mismo, sin haber calculado escrupulosamente el pro y el contra, y sobre todo hay que alejar de la parturiente, todo cuanto pueda provocar una infección de las heridas producidas en el parto. Para cumplir bien estos postulados se requiere competencia científica y habilidad práctica, condiciones sin las cuales nadie debiera estar autorizado para la asistencia a los partos, y se necesita además un dominio completo de la asepsia y de la antisepsia.

PREPARACIÓN DE LA VÍA DEL PARTO Y DE LA PARTURIENTA EN GENERAL

En la asistencia domiciliaria se elegirá para llevarla a efecto la habitación más grande, más aireada y de más luz. Por si el parto ocurre durante la noche, será conveniente disponer una iluminación eléctrica adecuada, y a ser posible, una luz portátil. Cualquier cama sirve, pero siempre será mejor un poco alta y con el colchón algo duro. Sobre el colchón, como medida de protección, se colocará un hule y sábanas limpias, lavadas y planchadas. Es conveniente que no haya muchas

personas en la habitación, y en todo caso, hay que asegurarse de que éstas no ofrecen síntoma clínico alguno de enfermedades infecto-contagiosas (gripe, coriza, amigdalitis, erisipela, etcétera). La preparación de la parturiente debe verificarse dándole primero un enema al comienzo del parto, para que éste sea después más limpio y que la repleción del recto por las heces pueda ser motivo de debilidad de las contracciones uterinas. Hay que rasurar el vello de la vulva, lavando y enjabonando perfectamente toda la región de genitales externos y raíz de muslos.

PREPARACIÓN DE LA PERSONA QUE ASISTE UN PARTO

En primer lugar, no debe contaminar sus manos, pues el principio de la no infección es una de las grandes conquistas en la profilaxis de la infección puerperal. El material de asistencia: paños, sábanas, ropas, instrumentos, etc., podrá, mediante la asepsia y la antisepsia, quedar libre de gérmenes. Únicamente la mano del tocólogo, su más importante instrumento de exploración y de intervención, no permiten el empleo de los medios físicos de asepsia y antisepsia (calor seco, ebullición, etc.), y no pudiéndose lograr una desinfección completa, los mejores resultados se obtienen calzando las manos desinfectadas con guantes de goma finos y estériles. La persona que asista a partos cuidará, pues, no infectarse las manos tocando pus de flemones o heridas o cuidando enfermos infecciosos.

ASISTENCIA ESPECIAL DEL PARTO

Comprobado por los datos exploratorios, preferentemente recogidos por exploración externa, que el parto se ha presentado y que evoluciona normalmente, la misión de la persona

que asiste a la parturiente queda reducida a comprobar la intensidad y regularidad de las contracciones y a vigilar los latidos del corazón fetal. También debe alguna que otra vez comprobar el estado del pulso y la temperatura. Si la cabeza fetal está ya fija en el estrecho superior o ha encajado todavía más profundamente en la pelvis y la bolsa de las aguas está íntegra, podrá tolerarse que la parturiente permanezca levantada y pueda dar paseos por la habitación en el intervalo de las contracciones y adoptar durante las mismas la posición que estime conveniente. Cuando la salida de una pequeña cantidad de sangre por vagina y el tipo de los dolores permitan inferir que la dilatación es ya completa o casi completa, hay que acostar a la parturiente. Si la bolsa de las aguas se rompió prematuramente o si no hay encajamiento de la presentación, la enferma debe estar acostada desde el principio, para evitar la pérdida de aguas en el primer caso y que se establezca alguna precidencia de miembros o del cordón en el segundo caso. Si los dolores se distancian algo más de uno a otro o se vuelven más débiles, hay que averiguar ante todo si la vejiga urinaria está llena de orina, pues la repleción de la vejiga inhibe los dolores. Se probará primero a que la enferma orine espontáneamente, adoptando la actitud que estime más conveniente, y si a pesar de esto no lo puede conseguir, habrá que practicar con toda asepsia el sondaje de la vejiga. Son preferibles para poderlo hacer las sondas de goma. Durante el período de dilatación, se prohibirá a la mujer que haga esfuerzos, pues carecen de utilidad, no conduciendo más que a la fatiga, y de esa suerte, cuando en el período de expulsión se necesitan, la mujer ya no puede reforzar los dolores, por haber sobrevenido el cansancio. En este período de dilatación, el más desesperante y molesto para la mujer que va de parto, deben tributarse palabras de consuelo, tranquilizándolas y haciéndoles com-

profunda que todo marcha bien. El dolor del parto podrá y deberá ser atenuado con el empleo de los calmantes y antiespas-módicos cuando sea excesivo y perjudicial, por lo tanto, a la buena marcha del parto.

PERÍODO EXPULSIVO

Rota la bolsa de aguas, la parturiente debe permanecer en el lecho. A veces coincide con esto la salida de flujos sangui-nolentos por genitales, pues la bolsa de aguas se rompe casi siempre cuando el cuello uterino alcanza la dilatación completa. Al mismo tiempo, la enferma, cuando sobreviene un dolor, experimenta sensación de hacer esfuerzos y pone en juego la prensa abdominal. En estas circunstancias, la exploración interna es superflua; pero en caso de querer cerciorarse mejor de la situación de la presentación y del grado real de dilatación, se practicará un tacto vaginal con guantes estériles, o mejor aún rectal. Si los signos auscultatorios indican sufrimiento fetal, se estará siempre autorizado a practicar la exploración interna, así como cuando el período expulsivo se prolongue demasiado. Junto con la vigilancia del estado del niño, no debemos descuidar el estado de la madre, tomando el pulso y la temperatura cada varias horas. Como fácilmente puede comprenderse, en la observación de las parturientes tiene una importancia capital vigilar la regularidad e intensidad de las contracciones, enseñándoles al mismo tiempo cómo tienen que hacer los dolores, manteniendo la boca cerrada para utilizar por completo la prensa tóraco-abdominal. El esfuerzo ha de ser igual al que se practica para defecar. En el momento de salir la cabeza, hay que proteger el periné, pues está expuesto a desgarrarse, a veces extensamente. Los riesgos a que está expuesto el periné dependen: 1.º De la elasticidad mayor

o menor del periné y de su forma. La primera condición está supeditada al grado mayor o menor de reblandecimiento gravídico y a la edad. La forma del periné es interesante, pues un periné alto está más expuesto a rasgarse que uno bajo. 2.º De la elasticidad de la pared del periné, de la integridad de la cápsula céfalica que atraviesa el orificio vulvo vaginal. 3.º De la forma de salida y de la rapidez mayor o menor de expulsión de la cabeza; y 4.º De la forma del arco del pubis. La protección del periné puede hacerse de varias maneras, y su principal objeto es hacer que la cabeza se deflexione bien y presente, por lo tanto, a su salida, los menores diámetros y que salga como mejor, en un intervalo entre dos contracciones. Debe practicarse apoyando de plano toda la palma de la mano derecha, situando el pulgar a un lado de la vulva y los demás dedos al lado opuesto. La mano que queda libre se apoya sobre la cabeza fetal directamente, con los pulpejos de los dedos empujándola hacia el pubis. Difieren los criterios sobre la utilidad de la protección del periné, pues es indudable que muchas mujeres, sin que el periné se proteja para nada, y a pesar de que la cabeza haya sido expulsada rápidamente, no se desgarran nada o tan sólo se producen simples erosiones superficiales en la horquilla perineal. Por otra parte, no puede negarse que cuando las circunstancias son desfavorables (poca elasticidad de partes blandas, arco del pubis ojival, cabeza grande, etc.), la protección del periné puede evitar seguramente un amplio desgarrro, que a veces, interesando todo el tabique recto-vaginal, dé lugar a los desgarrros llamados complicados, y que si no se restauran bien, o se infecta la sutura y falla, puede dejar a la mujer inválida y con incontinencia de heces y de gases. Desde luego, no hay que esforzarse enormemente en esta protección y será conveniente una pronta episiotomía, pues a veces con piel del periné íntegra, es decir, aparentemente íntegro, lo que ha

ocurrido es que el plano muscular profundo se ha rasgado, y esto es lo esencial, pues luego sobrevendrá un prolapso genital fácilmente. Como consecuencia práctica de lo que acabamos de decir, en los casos en que una ligera protección y relajación del periné no parezca eficiente, y en los casos en que a causa de las grandes dimensiones o de la mala posición de la cabeza fetal o arco del pubis ojival o perinó alto y ríginio, parezca de antemano que la musculatura del suelo de la pelvis corre gran riesgo, será preferible practicar la sección del mismo, la episiotomía, media o lateral. De esta manera se logra relajar oportunamente el elevador del ano, produciéndose una herida limpia, incisa, fácilmente reparable por la sutura. Expulsada la cabeza fetal y después de haber quitado con una gasa las masas de moco que cubren la boca y los ojos del niño para que pueda respirar libremente, se lleva la mano al cuello, para cerciorarse si existen o no circulares o vueltas de cordón, para caso que existan, aflojarlas, pasar el asa por la cabeza, o si esto no puede hacerse, seccionarlo entre dos pinzas. Verificada la rotación externa, de lo cual se dará cuenta la persona que asiste al parto, porque la cara, en vez de mirar hacia abajo, gira de modo que viene a mirar al lado correspondiente a la posición de que se trata; es decir, al muslo derecho, si era una posición derecha, y al muslo izquierdo, si era una posición izquierda, hay que seguir, protegiendo el periné para la salida de los hombros, pues el posterior puede rasgarle o exagerar un pequeño desgarro ya existente. Para ello, una vez salido el hombro anterior hasta la impresión *deltoides*, lo cual se ayuda tirando de la cabeza hacia abajo, se la levanta después fuertemente contra el pubis. Si hay dificultad a la salida de los hombros, hay que introducir en la axila los dedos índice o índice medio de la mano que puedan adaptarse bien a las espaldas del feto y traccionar con suavidad.

Generalmente, el niño prorrumpe en seguida en llanto, estableciéndose la circulación pulmonar y tornándose sonrosado. Si no ocurre así, hay que, en primer lugar, quitarle las mucosidades que puedan existir en la boca, nariz y entrada del árbol respiratorio, y, en segundo lugar, poner en práctica los procedimientos de respiración artificial.

ASISTENCIA EN EL PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO

Si cuando el niño ha sido expulsado cogemos el cordón umbilical entre dos dedos, se percibe claramente que late, es decir, la pulsación de sus vasos que se debilita cada vez más, hasta que al cabo de unos minutos se suprime totalmente. Este es el momento de practicar la ligadura y sección del cordón. Procediendo de esta manera, el niño gana, aproximadamente, de 70 a 100 gramos de sangre, procedente de la placenta. Todos sabemos cómo se hace esto, así como que debe presidir una asepsia absoluta en estas maniobras. Separado el niño de su madre, se le envuelve en una toalla o paño de franela calentada, y mejor esterilizada, y se le deja en sitio a propósito para cuando la matrona esté libre de los cuidados que requiere la madre y pueda cuidarse de bañar al niño y vestirlo. Después será el momento apropiado, ínterin la placenta se desprende y cae al segmento inferior, de inspeccionar los genitales de la madre para comprobar si se han producido o no desgarros. Colocado el cordón sujeto por la pinza flácidamente sobre el abdomen, se abriga a la mujer y se la da a beber una taza caliente de café o leche. La misión de la comadrona en este período de alumbramiento es comprobar por los signos clínicos externos, los distintos tiempos del mismo, es decir, desprendimiento, caída al segmento inferior y expulsión o salida al exterior. Este proceso debe dejarse a las solas fuerzas naturales sin desvirtuarlo con traccio-

nes intempestivas, fricciones o masajes energicos del útero a través de la pared abdominal, es decir, sin verificar lo que los franceses llaman el maltratamiento del útero. Tan pronto como este, gracias a la retracción de sus elementos musculares, ha recuperado el tono conveniente, sobrevienen las contracciones del alumbramiento. Hemos de tener presente que durante el alumbramiento se produce una hemorragia, y que solo depende de la forma en que aquel tenga lugar el que la sangre del hematoma retroplacentario salga o no al exterior. La salida de sangre en este período del alumbramiento no indica que deba intervenir, sino que es indicio de que ha comenzado el desprendimiento placentario. Solamente cuando la pérdida de sangre exceda de los límites fisiológicos y la placenta no se expulse, se deberá intervenir. Si después de la salida del feto se explora el vientre de la madre, se observa que el fondo del útero se encuentra al nivel del ombligo. Una ascensión del fondo del útero indica que se ha verificado el desprendimiento placentario y que la placenta ha caído al segmento inferior, el cual cobra entonces tono, pierde su flaccidez y determina que el útero se adelgace, que se eleve y que se desvíe algo hacia la derecha. Cuando esto ocurre, se ve que es mucho mayor la extensión del trozo de cordón que sale de la vulva, y es en este momento cuando indicaremos a la mujer que haga fuerza, cual lo hacía en el período de expulsión, con lo cual la placenta asomará al exterior. No hay inconveniente en este momento en ayudar mediante una presión concéntrica sobre el fondo del útero. No hay que apartarse de esta conducta expectante más que: 1.º Cuando la hemorragia sea copiosa y no se comprueben los signos de desinserción placentaria, y 2.º Cuando, aunque no exista una pérdida de sangre anormal, hayan transcurrido tres horas desde el nacimiento del niño y no se haya desprendido y expulsado la placenta. La hemorragia anormal es consecutiva, las más de las veces, a

un desprendimiento incompleto de la placenta, que impide la retracción y contracción normales del útero. La falta de desprendimiento placentario indica que los procesos necrobióticos que preparan el desprendimiento normal de la placenta, no se han producido en la medida suficiente, o que se retarda el despegamiento por un estado de debilidad constitucional o por atonía uterina provocada por fatiga de la fibra muscular o porque existen (estos son los casos más raros) adherencias anormales de la placenta con la pared uterina (placenta acreta). En las circunstancias antedichas existe la indicación de procurar artificialmente la expulsión de la placenta, mediante la maniobra de Crédé, es decir, mediante la expresión manual del útero a través de las paredes abdominales, hecha en el momento en que exista una contracción, es decir, cuando apreciamos que el órgano se pone duro. Es costumbre, cuando sale la placenta, verificar una rotación de ella, siempre en el mismo sentido, a fin de que las membranas se arrollen formando un cordón y no puedan rasgarse y desprenderse completamente. No encuentro gran ventaja en esta maniobra, de la cual puede prescindirse. Ahora bien, lo que sí hay que hacer es dejar que la placenta penda suavemente, no tirar de ella, y poco a poco irán saliendo todas las membranas. Si a pesar de esto se desgarran algo, no justifica esto la introducción de la mano en el útero para buscarlas, pues administrando occitócicos, suelen salir en los días siguientes al parto. Expulsadas las secundinas, debe procederse a su examen para ver si están completas y si falta un trozo placentario, entonces es cuando debe procurarse su extracción introduciendo en el útero la mano calzada con guante estéril, pues de no hacerlo así, es casi seguro motivara la aparición de fiebre durante el puerperio. Después de la expulsión de la placenta es el momento de limpiar bien la vulva y examinar los desgarros ocurridos o que puedan haber ocurrido

en región clitorídea y perineal, para verificar entonces la sutura. Puesta después una compresa estéril sobre la vulva, se acostará a la enferma, se la pondrá un peso sobre el útero o se le faja el abdomen, debiendo la matrona permanecer algún tiempo (una o dos horas) al lado de la recién parida, por si sobreviniera alguna hemorragia tardía.

ASISTENCIA DOMICILIARIA

La asistencia al parto se verifica, generalmente, en el ambiente domiciliario, pues rara vez las mujeres abandonan el hogar para ingresar en una Maternidad. Aun en los casos en que ha de ponerse en práctica alguna operación para terminar el parto, hay que ver con cuánta tenacidad luchan contra el consejo del médico. Ello trae aparejado un aumento de los riesgos propios de todo parto, motivado por el lugar y ambiente en que éste se desarrolla. Esto es, al menos, lo que ocurre en España, pues en otros países más adelantados alcanza ya una cifra bastante respetable la de los partos asistidos en las clínicas (29 por 100 en Alemania contra 71 por 100 asistidos en privado). En España creemos que apenas llegan al 2 por 100 los partos asistidos en las Maternidades. El riesgo fundamental del parto domiciliario, aparte de las condiciones variables del local, que pueden llegar hasta constituir una contraindicación formal al parto (hacinamiento, tugurio) radica en la imposibilidad de que sea vigilado de manera continuada. No hay comadrona ni médico que permanezca de guardia permanente al lado de la parturiente, desde que el parto empieza hasta que termina. Otros partos, otras enfermas, paridas, etc., amén de multitud de asuntos extraprofesionales, obligan a la asistencia discontinua y a tener que menudear los tactos, para darse cuenta de la marcha del parto, tactos que muchas veces motivarán después

el estallido de una infección puerperal. Y menos mal cuando, para verificarlos, la matrona dispone de agua estéril y de guantes de goma o está avezada al tacto rectal, pues muchas veces no hay agua hervida, no hay, ni tan siquiera, un antiséptico y no puede guardarse, por lo tanto, la debida antisepsia. Además, el médico o la matrona que actúan en el ambiente domiciliario, vense siempre agobiados por el peso de los padres, maridos, etc., que, acosando a preguntas, obligan a tomar tal vez alguna decisión operatoria prematura, prontamente aceptada por la enferma, que desea termine pronto su sufrimiento, y por la familia, que desea igualmente poner fin a su intranquilidad y desasosiego. No cabe, pues, discutir acerca de la superioridad de garantías que ofrece el parto asistido en las clínicas comparándolo con el que tiene lugar en el domicilio. La única objeción posible es que resulta caro el parto en una Maternidad, pero esto se evitaría creando maternidades de diversos tipos, adaptadas a las distintas clases sociales y también creando el Estado abundantes instituciones públicas de asistencia maternal.

La incompetencia profesional de la persona encargada a la asistencia al parto, añade nuevos peligros a los antes indicados, propios de la función y del lugar en que se desarrolla. Ahora bien, ¿la preparación obstétrica en España es buena? A mi juicio es deficientísima y debe ser mejorada. No se dedica en las Facultades de Medicina tiempo bastante al estudio de esta disciplina y además está totalmente descuidada la parte práctica, pues a pesar de haber estudiado mucha Obstetricia, no se está en condiciones de asistir partos, habiendo visto tan sólo dar a luz a tres o cuatro mujeres. Esto se evitaría, entre otras cosas, con el internado obligatorio durante dos años, por lo menos, en salas de Maternidad y con asistencia a cursos especiales de perfeccionamiento teórico-prácticos. La formación

de la matrona también deja mucho que desear, por lo rudimentario de sus estudios, por su escasa o nula formación moral y porque hasta ahora han estado siempre en constante desamparo cultural, una vez terminados sus estudios oficiales. Además abundan entre ellas, por desgracia, las que por ignorancia o atrevimiento, por el hecho de poseer un título, traspasan los límites de su función y se aventuran a practicar algunas intervenciones, con el consiguiente riesgo. No niego a la matrona suficiencia científica para la asistencia al parto normal, pero solamente al normal. Ahora bien, para saber cuando será el parto probablemente normal, precisa que un tocólogo autorizado lo afirme con su experiencia. Abogamos, pues, por una intervención médica, aunque discontinua en todos los partos, aunque tengan que ser asistidos exclusivamente por las matronas. Con ello no se les rebaja prestigio ni se les merma ingresos, y multitud de distocias podrían descubrirse prontamente y ser tratadas con éxito en consecuencia, sin tenerlo que hacer "in extremis" y en defectuosas condiciones.

LA ANALGESIA Y LA ANESTESIA OBSTÉTRICA
(MITIGACIÓN DEL DOLOR DURANTE EL PARTO
O SUPRESIÓN DEL MISMO)

El dolor del parto, único dolor que podríamos llamar fisiológico, está en relación principalmente con la intensidad y duración de las contracciones uterinas, con el grado especial de susceptibilidad orgánica para el mismo y con algunas particularidades, como son: la cuantía de las resistencias a vencer por el feto en el parto, la cantidad de líquido amniótico (ya que cuando es escaso, los dolores suelen ser mayores), el estado de los tejidos (primíparas añosas), etc., y otras de

tipo social, como la educación y el carácter. La sensibilidad al dolor, así como las reacciones a que da lugar, ofrece grandes diferencias individuales, y así vemos mujeres que apenas se quejan levemente, y otras en que la susceptibilidad al dolor es tan grande, que piden a gritos que se las libere de tal sufrimiento. Tiene también un gran interés desde el punto de vista demográfico-social la atenuación o mitigación del dolor del parto, ya que el terrible recuerdo de partos anteriores puede ser causa de que los matrimonios limiten su fecundidad voluntariamente, poniendo en práctica procedimientos anticoncepcionales. Debido a todo lo que acabamos de decir, adquieren cada día mayor importancia todos los esfuerzos tendientes a mitigar en lo posible el dolor del parto o suprimirle por completo en los casos en que ha de recurrirse al arte para la terminación del mismo. Son antiquísimos los esfuerzos que la compasión por el sufrimiento de la mujer en semejante trance ha movido a personas encargadas de la asistencia. Rezos litúrgicos, cantos, bailes, palabras mágicas, etc., desempeñaron antiguamente importante papel. En la India se hacía respirar a las parturientes tufo de carbón, lo que producía una acción narcótico-analgésica bastante peligrosa. La supresión completa del dolor se consigue mediante el empleo de los narcóticos, que, aun administrados a dosis moderadas, ejercen acción perjudicial sobre el organismo materno (hígado, riñón, corazón, etc.) y sobre el ritmo contráctil uterino, y cuyo empleo general choca con el inconveniente de la larga duración del parto. Los anestésicos utilizados durante el parto, como los utilizados para la anestesia quirúrgica, se pueden dividir en dos puntos: anestésicos generales por inhalación, anestésicos generales por vía hipodérmica, endovenosa u oral; anestésicos por vía raquídea o epidural y anestésicos generales. La anestesia obstétrica por inhalación comprende comúnmente el

cloroformo, el éter, el protóxido de azoe y el cloruro de etilo. La narcosis por el cloroformo puede verificarse a un grado muy superficial, llamado anestesia a lo reina, para mitigar el dolor del parto, o a un grado más profundo, para poner en práctica alguna operación obstétrica (forceps, versión, cesárea, etc.). La anestesia a lo reina consiste en hacer inhalar vapores de cloroformo a la parturienta en el período expulsivo. tan pronto como nota la proximidad del dolor. Bastan algunas inspiraciones profundas para que disminuya considerablemente el dolor del parto. En lugar del cloroformo puede emplearse el éter, pero debe ser proscrito en mujeres con lesiones cardíacas o pulmonares. Mayores ventajas ofrece el empleo del cloruro de etilo, pues su acción es rápida, su toxicidad mucho menor, y sus efectos secundarios también menores, por lo tanto. Basta proyectar 10 ó 20 gramos de cloruro de etilo sobre una mascarilla revestida por dentro de franela y por fuera de una tela impermeable, en la que se ha abierto un agujero que se aplica sobre boca y nariz, para que al cabo de pocas inspiraciones sobrevenga la anestesia en fase de tolerancia. Retirada la mascarilla, se recobra el conocimiento rápidamente y no hay efectos secundarios desagradables. Tiene el inconveniente de que la anestesia es corta; es decir, de muy corta duración. El protóxido de azoe posee la ventaja de su rápida acción y parece ser que la marcha del parto no sufre influencia desfavorable, sino que se abrevia más bien. Se administra en aparatos especiales de muy sencillo manejo. De los anestésicos administrados por inyección subcutánea, intramuscular, endovenosa o por ingestión, el más difundido es el opio y sus derivados (morfina, pantopón, codeína, etc.) ya sea sólo o en combinación con otras sustancias, como la escopolamina. Esta última asociación escopolamina-morfina realiza una anestesia que se ha dado en llamar sueño crepuscular. Durante ella la

parturienta cae en un estado de semisomnolencia, reaccionando a las excitaciones externas, pero las percibe de manera incompleta, el dolor de las contracciones no existe y después no recuerda nada de lo sucedido.

El inconveniente de este procedimiento, ideado por Gaus, estriba en que para lograr su dominio se requiere una larga práctica y exige, además, ser muy vigilada la anestesia. Ofrece también peligros para la madre y el feto, siendo muchos los que fallecen antes de nacer y otros muchos los que cuesta bastante reanimarlos. No es aconsejable este procedimiento. Se han ensayado también en estos últimos años los hipnóticos de la serie ureica (Somnifene Roche y otros) y los barbitúricos (Pernocton, Amytal), a razón de un centímetro cúbico por cada doce kilogramos y medio de peso corporal, en inyección endovenosa muy lenta (un minuto por cada centímetro cúbico): la supresión de las contracciones que se suelen observar después de la inyección dura poco y éstas reaparecen espontáneamente o se las excita con un poco de timofisina. A causa de la duración limitada de sus efectos, el pernocton es apropiado para la última parte, la más dolorosa del período expulsivo. La anestesia raquídea, utilizando la cocaína, la estovaina, la novocaína, la percaína, la escurocaína, etc., en dosis de 0,04 a 0,10 gramos es bastante empleada, teniendo la ventaja de que ahorra un ayudante y produce una gran relajación de la musculatura pelvi-perineal. En el período dilatante puede también emplearse la anestesia paracervical o parametrio-ganglionar, añadiendo luego los preparados de timo e hipofisis para vencer la disminución de las contracciones que origina. No voy a describir la técnica de esta anestesia algo difícil, pero que indudablemente es la mejor en los casos de rotura de bolsa de aguas y rigidez del orificio del cuello, ni tampoco voy a hablar de la anestesia de los nervios pudendos y

del plexo coxígeo, de alguna mayor sencillez, y conformémos con el empleo de medios más inocuos, que atenúan bastante el dolor, como son los preparados de belladona y de papaverina, en forma de supositorios, para la asistencia al parto normal y de las anestésias generales raquídeas o epidurales para aquellos casos operatorios. Por todos estos medios que para atenuar o suprimir el dolor del parto cuenta hoy día el tocólogo, la situación de éste ante la mujer que sufre es más humanitaria, no es tan desairada como resultaba antes y cabe, por lo menos, intentar atenuar el sufrimiento de la mujer en el duro trance de convertirse en madre.

LA MEDICACIÓN OCCITÓCICA EN OBSTETRICIA

La idea de parto, de acuerdo con las célebres palabras bíblicas "parirás con dolor", ha ido siempre vinculada a la necesidad imperiosa de dolores, de contracciones penosas para la mujer, pero cuya existencia e intensidad constituyen la mejor garantía de su eficacia. Por este motivo se ha buscado por quienes auxiliaban a la mujer en el duro trance del parto en todas las épocas y en todos los países, sostener o alcanzar el máximo esfuerzo contractual del útero, es decir, la mayor intensidad de los dolores, ya que éstos vienen a ser la expresión clínica de aquélla. Multitud de medios empíricos de acción más o menos eficaz han sido puestos en práctica, y de ellos no vamos a ocuparnos, pues ello equivaldría a abordar un dilatado capítulo de la historia de la Medicina. Nos ocuparemos solamente de algunos basados en algún concepto científico, hasta hablar de los más modernos y hoy usuales en práctica tocológica. Antiguamente, y hasta tiempos no muy lejanos, ha sido el más empleado entre todos el cornezuelo de centeno, y tanto se popularizó y tal abuso se cometió con esta droga.

que hubieron de registrarse casos desgraciados, en los que madre y feto perdían la vida. Así fueron adquiriendo una fúnebre aureola esos papelillos de "povos feticidas". A tal punto se abusó de su empleo y tales catástrofes se registraron, que la Academia de Medicina de París condenó rotundamente su empleo. Fué tan grande el arraigo que tomaron en nuestro país las atinadas observaciones de la Academia francesa, que de generación en generación transcurría el célebre apogtema de "a útero lleno, no des nunca cornezuelo de centeno", queriendo dar a la palabra "lleno" todo su valor, tanto cuando contenía el feto, como cuando tan sólo contenía la placenta. Fabre, y entre los españoles los valencianos Arellano y Candela, usaron con éxito de este producto. El profesor Bum fué quien mejor realzó los peligros del cornezuelo, indicando que merced a este producto la tensión del útero aumenta y se hace permanente, endureciéndose el órgano, haciéndose doloroso y paralizándose el trabajo de parto, con el consiguiente peligro de asfixia fetal, razón por la cual no debe usarse nunca, a menos que estemos ciertos de poder extraer aquél en cualquier momento.

Por este motivo, por lo peligroso que resulta, ha sido deserrado del uso cotidiano. La quinina ha sido también empleada como occitócico, pues si bien es incapaz de hacer aparecer por sí sola las contracciones uterinas, puede, en cambio, reforzarlas bastante una vez aparecidas. Ensayando la glucosuria alimenticia, se ha podido comprobar que el azúcar, especialmente administrado al final del embarazo, ejerce marcado efecto occitócico. Hoy día sabemos que el azúcar es un gran alimento del músculo, y que éste, cuando trabaja, consume las reservas glucogénicas del organismo: de donde resulta favorable su administración durante el parto. Otros productos han sido también empleados, como la adrenalina y la

pilocarpina, pero ninguno ha podido comparar su acción a la de los hoy día tan empleados extractos hipofisarios, que, como decía el profesor Housay, de Buenos Aires, brillan con luz inigualada en el vasto horizonte de la Obstetricia. Sin duda puede considerarse a Hofbauer como el introductor de este producto, allá por el año 1910. La pituitrina, como sabemos, es el extracto del lóbulo posterior de la hipófisis o glándula pituitaria, y como su acción es muy enérgica, deben ser muy bien conocidas sus indicaciones, sus contraindicaciones y el momento favorable de su empleo en los distintos períodos del embarazo, parto y puerperio, con objeto de evitar los peligros manifiestos que pueden presentar en manos inhábiles y atrevidas.

Durante el embarazo.—Dos importantes cuestiones interesan en lo referente al empleo de la pituitrina: Primera, conocer si puede ser empleada esta substancia, llenando cualquier otro fin extratocológico, y segunda, saber si el marcado efecto contractural que la pituitrina produce sobre la fibra muscular del útero puede bastar, no ya solamente a reforzar su funcionamiento cuando está ya iniciado, sino a despertarlo cuando por razones científicas está indicada la interrupción artificial y prematura del embarazo. Las experiencias practicadas han demostrado que la pituitrina, empleada en otros procesos extragenitales, no ejerce ningún efecto perjudicial sobre el embarazo, y que jamás puede ser alterado con esta substancia el fisiológico quietismo de la fibra muscular uterina. Mas si la pituitrina no basta por sí sola para iniciar un parto, sí que actúa, y muy eficazmente por cierto, como coadyuvante de otros procedimientos y, en especial, de la quinina, como procede Watson, sensibilizando primero el útero con la quinina y un purgante de aceite de ricno e inyectando después la pituitrina a razón de 1/2 c. c. cada media hora, hasta que el parto se pre-

sente o se hayan administrado seis dosis, en cuyo caso se interrumpe el tratamiento, para repetirlo al día siguiente. Mas el verdadero efecto eficaz de la pituitrina se observa cuando las membranas ovulares están ya rotas espontáneamente o de manera provocada. Es un hecho conocido por todos los que asistimos partos que cuando la bolsa de las aguas está rota, el parto aparece seguramente en los días posteriores, ordinariamente dentro de las cuarenta y ocho horas primeras. Pero también es bien sabido que a veces se pasan seis y ocho días sin que el parto se presente, con el consiguiente peligro de infección de la cavidad ovular y de asfixia fetal. Corresponde el mérito de esta indicación de la pituitrina al profesor Sebastián Recasens, pues ordinariamente bastan pocas y pequeñas picaduras para que el parto se presente y siga un curso regular.

La pituitrina en el aborto.—En cambio, los efectos de la pituitrina son tanto más inciertos e inconstantes cuanto más nos alejamos de la época de madurez fetal, y en armonía con esto se comprende que su acción interruptora del embarazo sea nula. En cambio, con objeto de expulsar restos placentarios del incompleto aborto, se emplea bastante, evitándose muchas veces con su favorable acción, tener que recurrir al vaciamiento uterino manual o instrumental. En el parto a término, su acción será variable, según los distintos períodos del mismo. Ahora bien, antes de proceder a su empleo, la persona que asiste el parto debe haber hecho el estudio clínico de la contracción uterina y haber determinado ya si ésta era normal o defectuosa, por exceso, por defecto de potencia o por irregularidad de la misma, pues muchas veces no es que estará contraindicada, sino que además, en caso de contracciones espasmódicas, estarán indicados los medicamentos sedantes, es decir, los de acción contraria. En el período de dilatación, la pituitrina estará tanto más indicada cuanto más cerca se encuentre el cuello de su

dilatación completa, especialmente si se trata de una primípara. Si se olvidan estos preceptos, podrá determinarse asfixia fetal, por dificultades a la circulación feto-placentaria, atonías secundarias que obliguen a maniobras de extracción o extensos desgarros cervicales, con todo su cortejo hemorrágico y posiblemente después infectivo o un accidente todavía mayor, más grave, cual es la rotura uterina. La principal indicación de la pituitrina la tiene en el período expulsivo. Es indudable que muchas aplicaciones de forceps se evitan con el racional empleo de la pituitrina en este período. Por algo Liepman decía: "Nada de forceps sin previo ensayo de la pituitrina", y nosotros hemos de subrayar sus palabras, si bien cuando se emplea debe vigilarse la auscultación fetal. En el alumbramiento, la pituitrina puede llenar dos indicaciones: la una profiláctica, y la otra curativa.

Cuando por distensión excesiva de la matriz (feto grande, hidramnios, embarazo gemelar, etc.) el útero puede no reaccionar prontamente después de expulsado el feto y sobrevenir hemorragia copiosa. Si antes, al final del período expulsivo, se ha inyectado un poco de pituitrina, este accidente no se producirá, estableciéndose pronto el despegamiento placentario y las llamadas ligaduras vivientes, que cierran la luz de los vasos uterinos. En el puerperio puede ser también empleada para hacer cesar las llamadas hemorragias secundarias. Las contraindicaciones de la pituitrina son principalmente: la tuberculosi-
sis, pues podría determinar una hemoptisis o un neumotórax; las cardiopatías, por la posible determinación de un edema pulmonar; los estados de hipertonia (albuminuria, nefritis, arterioesclerosis), porque aumenta la tensión arterial, pudiendo dar lugar a accidentes, y entre ellos la explosión de un ataque eclámpico, y todas aquellas otras nacidas de anomalías en el canal pelvi-genital, desproporciones maternas, etc., etc., casos:

que corresponden, no ya a la medicación occitócica, sino al arte operatorio obstétrico. También han sido muy empleados en estos últimos tiempos los extractos de timo (Timofisina), por poseer manifiesta acción occitócica, sin despertar contracturas espasmódicas.

PUERPERIO

Expulsados los anejos fetales, todo el organismo de la madre, y en especial el aparato genital, inicia una serie de modificaciones que poco a poco van a dejarlo en condiciones, si no del todo, bastante semejante a las que tuviera antes de sobrevenir la gestación. A este período de involución anatómico-fisiológico es a lo que se designa con el nombre de puerperio, el cual comienza inmediatamente después del alumbramiento y termina seis u ocho semanas más tarde. Un órgano escapa entre todos a esta involución, y es la glándula mamaria, que, inversamente a las demás, entra en actividad intensa y ha de servir para proveer a las necesidades alimenticias del recién nacido. La evolución del puerperio está íntimamente ligada a la evolución del embarazo, y principalmente a la del parto, de donde fácilmente se deduce la responsabilidad que alcanza al profesional encargado de su atención. La falta de cumplimiento de los preceptos que constituyen la higiene de la gestación y el abandono de las disciplinas que deben regir en la asistencia al parto, influyen poderosamente para hacer del puerperio, que debería ser fisiológico, un puerperio accidentado, patológico, con todos los riesgos que él supone. No podemos ocuparnos una por una de todas las modificaciones involutivas que en los distintos órganos y aparatos se verifica, debidas principalmente a influencias hormonales principalmente de origen placentario, y sí hemos de tratar de la atención y cuidados generales y lo-

ales que requiere el puerperio para que se deslice normalmente. En el puerperio importa esencialmente precaver la posible infección de las heridas producidas en el parto, para lo cual la asistencia al puerperio debe ser aséptica. Después de lavar la región vulvo-perineal con solución jabonosa antiséptica y de haber recortado el vello al empezar el parto, se aplicará sobre la vulva una compresa aséptica de gasa y algodón, que se renovará a medida que vaya empapándose de loquios. Horas después podrá aplicarse la faja o un vendaje abdominal. Para reconocer prontamente cualquier perturbación del curso normal del puerperio, es muy importante comprobar mañana y tarde el pulso y la temperatura, así como la involución uterina, determinando la altura que alcanza el fondo del útero. Si la involución es deficiente, se administran preparados de cornezuelo de centeno (Ginergeno, Secacornine), veinte gotas, tres veces al día, en un poco de agua. A causa de la frecuente paresia vesical e intestinal, la persona encargada de la asistencia de la puerpera, procurará que se realicen pronto la micción y la defecación espontáneas. Lo primero se logra con la posición sentada para orinar, los lavados vulvares con agua hervida caliente, etc., y para evacuar el intestino serán más convenientes los laxantes oleosos que los purgantes. Contra los entuertos dolorosos será conveniente el calor local y las pequeñas dosis de piramidón. La puerpera guardará el mayor reposo corporal y psíquico en los dos o tres primeros días que siguen al parto. Pasadas las primeras veinticuatro horas, la puerpera debe moverse y sentarse en la cama, hacer movimientos de gimnasia rítmica, para dar tono a los músculos relajados del vientre y del periné y abandonar la cama no antes ni mucho después de los siete u ocho días. No soy partidario del levantamiento precoz de las puerperas, ni de la permanencia en cama durante muchos días. La alimentación de las puerperas debe ser mixta, va-

riada y lo más rica posible en vitaminas y cal. Para este fin son convenientes las legumbres frescas, frutas, ensaladas, higos secos, avellanas, arroz, pan integral, etc. La vigilancia de la puerpera debe continuarse hasta que estén completamente cicatrizadas todas las heridas del parto. Mes y medio o dos meses después, la parida debe ser observada para comprobar la perfecta involución puerperal, comprobar si la matriz tiene su tamaño y topografía normal, y si el organismo materno está repuesto por completo.

SUBIDA DE LA LECHE

Un fenómeno propio y característico del puerperio es el establecimiento de la secreción de la leche, destinado a continuar las relaciones nutritivas entre la madre y el hijo. Al segundo, tercero, y en algunos casos, especialmente las primíparas, al cuarto día después del parto, aparecen las modificaciones de las glándulas mamarias, que dan como resultado la secreción de la leche, la subida de la leche, como corrientemente se le designa. Estas modificaciones, que se traducen clínicamente por sensaciones como picotazos y de tensión dolorosa, es ordinariamente de buen augurio, de buen pronóstico, para que la lactancia se verifique prontamente. Ya durante los primeros meses de la gestación, si se comprimen las mamas en dirección del pezón, se obtiene la salida de un líquido acuoso de un color blanco-amarillento, que contiene en suspensión células epiteliales y corcúspulos muriformes: a medida que el embarazo progresa, es mayor la cantidad de este líquido que puede hacerse salir por compresión. Este líquido, precursor de la leche, se llama calostro. La subida de la leche va en aumento durante quince o veinte horas, y después se atenúa. En el momento máximo de esta subida de leche, las molestias aumentan, hay dolor

muy vivo que puede, a veces, dar lugar a insomnio, y no es infrecuente ver a las mujeres con molestias a la movilización de los miembros superiores, debido a la prolongación axilar de la mama. Existe una verdadera fluxión de pecho, con tensión de la piel, aumento de la circulación venosa subcutánea, aumento del saliente del pezón. Si apretamos el pezón estando el pecho al máximo de su turgencia, apenas si por expresión salen más que pequeñísimas cantidades de leche.

Esta hinchazón intensa es el fenómeno preparatorio de la secreción láctea, que no se instala francamente hasta después de haber cesado. Cuando la tensión ya se ha calmado, la leche se escapa fácilmente por la presión, la succión y la aspiración, y aun muchas veces espontáneamente, mojando las ropas de la mujer. Acompaña muy a menudo a este período ligera alteración del estado general (ligera excitación nerviosa, fatiga, ligera aceleración del pulso, pequeño aumento de la tensión arterial cefalalgia, etc.). La temperatura, generalmente, no se modifica. No existe fiebre láctea, como creían los antiguos, y a lo sumo puede considerarse tan sólo un pasajero aumento de la temperatura. ¿A qué es debido este fenómeno y cuál es el mecanismo biológico de su instauración? ¿Por qué la glándula mamaria, inactiva durante el embarazo, despierta luego en el período del postparto?

Un buen número de teorías apoyadas en hechos de investigación o en deducciones clínicas han sido establecidas, sin que hasta la fecha ninguna haya podido resistir las diversas objeciones de una crítica razonada. Creíase antiguamente en la existencia en la mama de unos nervios secretorios, y de ahí nació la *teoría nerviosa*, declarada nula desde los trabajos de Ekart en 1855, y quedando reducida simplemente a la regulación del aporte sanguíneo y, por ende, de la secreción. Así lo demuestran plenamente los experimentos de Ewald y de Golz, practi-

cando la extirpación del plexo solar, del simpático inferior y del nervio torácico, sin observar modificación alguna en la secreción láctea. La *teoría metabólica* de Schein admite que la supresión de la circulación útero-placentaria determina la derivación hacia las mamas de los principios nutritivos acumulados en el organismo acarreados por leucocitos. Hipótesis similar a ésta es la de Moll y Reund, que opinan que la supresión de la mencionada circulación útero-placentaria, determinaría cambios profundos en las circulaciones locales, y subsiguientemente una hiperemia intensa, compensadora de las glándulas mamarias, que excitaría su secreción. La *teoría mecánica*, apoyada en hechos de observación, según la cual, la excitación repetida y prolongada de la glándula, sea mecánicamente por succión o expresión o por intermedio de corrientes eléctricas continuas o alternas, es capaz de determinar secreción láctea en hembras púberes, en vírgenes, en viejas que han traspuesto ya el período reproductor, y aun en machos. Y, por último, la *teoría hormonal*, hoy día en plena revisión. Las observaciones de secreción láctea, sin embarazo, quitan todo valor a la hipótesis de que sea el feto el productor de las chalonas determinantes de la secreción. Igual objeción podría hacerse a la *teoría placentaria*, que atribuye a ésta los principios excitantes de la secreción láctea. La opoterapia placentaria, aun en grandes dosis, es impotente para desencadenar la secreción láctea y todo lo demás tendría virtualidad para activarla una vez establecida. Tampoco goza de mayor crédito la *teoría de la glándula miometral*, descubierta por Ancel y Bouin en el espesor de la pared uterina de la coneja preñada y señalada luego por Keiffer en el espesor del útero de la mujer grávida. Según Keiffer, el cuerpo amarillo que, como sabemos, actúa tan sólo en la primera mitad del embarazo, condicionará el desarrollo de la primera fase *cinética* gravídica de la glándula mamaria y la glán-

dula miometral condicionará más tarde la segunda fase, llamada *glandular* gravídica de la mama, que dura hasta el momento del parto. Más fundadamente establecidas han sido las relaciones entre las funciones del ovario y la glándula mamaria. Es un hecho que la castración determina en la hembra no púber la atrofia de la glándula mamaria. En la hembra fecundada, los resultados varían según el período del embarazo en que tiene lugar la castración. Así, en la coneja, si la exeresis tiene lugar en la segunda quincena de la gestación, en tanto que la mama está a punto de entrar en funcionamiento, la extirpación de la glándula ovárica no modifica la secreción látea; pero si se verifica antes del día catorce de gestación, las mamas no segregan y regresan hasta la atrofia, como han demostrado los trabajos de Starling y de Laneclinton. Hay, pues, forzosa-mente que admitir que si el ovario no influye en la secreción, por lo menos tiene un papel preponderante en la hipertrofia y preparación funcional de la glándula. Respecto a cuál sea la parte ovárica capaz de influir sobre el aparato glandular de la mama, las opiniones están divididas. Ancel y Bouin creen, como ya hemos dicho, en la influencia del cuerpo amarillo, y Athias, en la preponderancia de las células intersticiales del ovario, cuyo carácter glandular dicen que es más aparente. Las observaciones de Vannrell y Soler Juliá, publicadas en los anales del Hospital de la Santa Cruz, de Barcelona, y las de Etiene y Pagés, parecen desvirtuar la teoría de Ancel y Bouin. Más lógico parece hoy día atribuir papel desencadenante a otra hormona ajena al círculo constricto del aparato genital. Los trabajos de estos últimos años sobre la hormona del aparato antehipofisario, y singularmente los de Long y Evans, Brohua y Simonet, parecen precisar la notable influencia del glóbulo hipofisario en la biología genital. De los experimentos practicados en conejas, ratas y perras se ha demostrado de manera

clara el estímulo que sobre el aparato mamario tienen los extractos antehipofisarios. La hiperproducción de hormona hipofisaria, singularmente en el primer período del embarazo, demostrada por Aschein y Zondek, y su difusión en diversos órganos durante la gravidez explicaría el fenómeno paradójico de que los extractos de órganos más variados (útero, ovarios, feto, placenta) hubiesen determinado secreción látea en mamas de diversos autores. A esta hormona galactógena del lóbulo anterior de la hipófisis la denominó Prolactina, y si bien su acción desencadenante de la lactancia es cosa que no deja lugar a dudas, es, sin embargo, incapaz de actuar si antes no existe una preparación y una maduración de las mamas, a cargo de las hormonas ováricas Estrona y Progesterona. La primera produce el crecimiento de los pechos como carácter sexual femenino (por esto se llama también a esta hormona la hormona de feminidad), y la segunda provoca en la mama una fase secretoria previa y prepara así una vez más la nutrición del nuevo ser, cual lo hizo ya durante su desarrollo intrauterino: por eso a esta hormona le llaman algunos hormona maternal).

Sabemos con esto cuál es la acción de las hormonas sexuales y de la Prolactina sobre la mama, pero ¿por qué se pone en marcha la lactancia tan sólo al concluir el embarazo? Ello se debe a que entonces, al desaparecer bruscamente la placenta, órgano productor de la progesterona, disminuye bruscamente también la cantidad de hormonas estrógenas circulantes por la sangre, y esto produce como consecuencia una descarga de Prolactina, hormona galactotropa de la hipófisis. Aparecida la secreción látea, para que la función de la lactancia continúe se necesita, además del reflejo de la succión que por acciones neuro-hormonales que alcanzan hasta los centros reguladores del diencéfalo, hacen que la función de las glándulas

dula miometral condicionará más tarde la segunda fase, llamada *glandular* gravídica de la mama, que dura hasta el momento del parto. Más fundadamente establecidas han sido las relaciones entre las funciones del ovario y la glándula mamaria. Es un hecho que la castración determina en la hembra no púber la atrofia de la glándula mamaria. En la hembra fecundada, los resultados varían según el período del embarazo en que tiene lugar la castración. Así, en la coneja, si la exeresis tiene lugar en la segunda quincena de la gestación, en tanto que la mama está a punto de entrar en funcionamiento, la extirpación de la glándula ovárica no modifica la secreción látea; pero si se verifica antes del día catorce de gestación, las mamas no segregan y regresan hasta la atrofia, como han demostrado los trabajos de Starling y de Laneclinton. Hay, pues, forzosamente que admitir que si el ovario no influye en la secreción, por lo menos tiene un papel preponderante en la hipertrofia y preparación funcional de la glándula. Respecto a cuál sea la parte ovárica capaz de influir sobre el aparato glandular de la mama, las opiniones están divididas. Ancel y Bouin creen, como ya hemos dicho, en la influencia del cuerpo amarillo, y Athias, en la preponderancia de las células intersticiales del ovario, cuyo carácter glandular dicen que es más aparente. Las observaciones de Vanrrell y Soler Juliá, publicadas en los anales del Hospital de la Santa Cruz, de Barcelona, y las de Etiene y Pagés, parecen desvirtuar la teoría de Ancel y Bouin. Más lógico parece hoy día atribuir papel desencadenante a otra hormona ajena al círculo constricto del aparato genital. Los trabajos de estos últimos años sobre la hormona del aparato antehipofisario, y singularmente los de Long y Evans, Brohua y Simonet, parecen precisar la notable influencia del glóbulo hipofisario en la biología genital. De los experimentos practicados en conejas, ratas y perras se ha demostrado de manera

clara el estímulo que sobre el aparato mamario tienen los extractos antehipofisarios. La hiperproducción de hormona hipofisaria, singularmente en el primer período del embarazo, demostrada por Aschein y Zondek, y su difusión en diversos órganos durante la gravidez explicaría el fenómeno paradójico de que los extractos de órganos más variados (útero, ovarios, feto, placenta) hubiesen determinado secreción látea en manos de diversos autores. A esta hormona galactógena del lóbulo anterior de la hipófisis la denominó Prolactina, y si bien su acción desencadenante de la lactancia es cosa que no deja lugar a dudas, es, sin embargo, incapaz de actuar si antes no existe una preparación y una maduración de las mamas, a cargo de las hormonas ováricas Estrona y Progesterona. La primera produce el crecimiento de los pechos como carácter sexual femenino (por esto se llama también a esta hormona la hormona de feminidad), y la segunda provoca en la mama una fase secretoria previa y prepara así una vez más la nutrición del nuevo ser, cual lo hizo ya durante su desarrollo intrauterino: por eso a esta hormona le llaman algunos hormona maternal).

Sabemos con esto cuál es la acción de las hormonas sexuales y de la Prolactina sobre la mama, pero ¿por qué se pone en marcha la lactancia tan sólo al concluir el embarazo? Ello se debe a que entonces, al desaparecer bruscamente la placenta, órgano productor de la progesterona, disminuye bruscamente también la cantidad de hormonas estrógenas circulantes por la sangre, y esto produce como consecuencia una descarga de Prolactina, hormona galactotropa de la hipófisis. Aparecida la secreción látea, para que la función de la lactancia continúe se necesita, además del reflejo de la succión que por acciones neuro-hormonales que alcanzan hasta los centros reguladores del diencéfalo, hacen que la función de las glándulas

mamarias ya iniciadas continúe todo el tiempo necesario a la nutrición del hijo. El mecanismo, como vemos, es muy complejo.

CUIDADOS Y ALIMENTACIÓN DEL NIÑO EN LAS PRIMERAS SEMANAS DE LA VIDA

La atención que debe prestarse al recién nacido podemos condensarla en dos capítulos diferentes: 1.° Los que se refieren a la higiene general del niño; y 2.° Los que hacen referencia a su alimentación.

1.° Las manos que han de recoger al recién nacido deben estar perfectamente desinfectadas, así como lo más conveniente es recoger al niño a su salida del canal genital en un paño o toalla esterilizada, pues sabiendo que los gérmenes pueden colonizar en él, aprovechando las conjuntivas las cavidades naturales, la piel y la herida umbilical debe preservársele de toda posible contaminación, manteniendo las prescripciones de la asepsia más rigurosa.

De todos los cuidados de higiene, destacan en primer lugar la profilaxis de la terrible oftalmía purulenta, causante de tantas cegueras infantiles, y producidas, como sabemos, por la contaminación de las conjuntivas oculares por flujos gonocócicos que padeciere la madre. Dicha profilaxis debe hacerse, o bien con la conocida solución de nitrato de plata (método de Crede), lavando después a continuación con solución salina fisiológica o con los preparados orgánicos de plata, argirol o protargol en solución al 5 y mejor al 10 por 100.

Otro de los cuidados de higiene importantísimo en el recién nacido es el que se refiere al pedículo umbilical. No vamos a explicar, de sobra lo conocen todos cuantos asisten partos, la manera de proceder a la sección y ligadura del cordón

umbilical, así como también la forma de realizar su primera cura. Pero mientras va ocurriendo el proceso de necrosis seca que terminará con su caída y la cicatrización definitiva, se favorecerá esa necrosis protegiendo el cordón de todo contacto con gérmenes sépticos, lo cual se obtiene envolviéndole en una gasa estéril empapada cada cuarenta y ocho horas, por lo menos, con un poco de alcohol de 95° y sujetándolo a la pared del abdomen por medio de una faja, que también debe ser estéril. Si después de caído el cordón manan algunas gotitas de sangre o exudado amarillo purulento del fondo de la cicatriz umbilical, ello nos indicará la existencia de un mamelon llamado granuloma umbilical, que deberá destruirse con toques de yodo cada dos o tres días o con solución concentrada o lápiz de nitrato de plata.

Ha sido muy discutido si los niños recién nacidos deben o no bañarse antes que haya caído el cordón umbilical. Creemos más conveniente practicar durante esos días la higiene parcial del cuerpo, sin tocar con agua el cordón umbilical, espolvoreando después la superficie cutánea con polvos inertes, como son el talco finísimo, los polvos de arroz, etc. Cuando la herida umbilical esté del todo ya cicatrizada, entonces los baños cortos de cinco minutos y a 35° de temperatura, usando jabones neutros, deben practicarse todos los días.

Las ropas que cubren al niño tienen por objeto preservarlo del enfriamiento, pero no deben impedir el libre movimiento de sus miembros. Con objeto de que no irriten la superficie cutánea, tan fina y delicada, de los niños, la ropa interior debe ser de hilo bien lavado o seda. El uso de los impermeables colocados por debajo de la envoltura es antihigiénico y perjudicial a la piel. Es práctica totalmente antihigiénica mantener a los niños durante los primeros días de su vida en la misma cama de la madre, debiendo estar aislados en su cuna.

2.º Lo más fundamental para la salud y desarrollo del recién nacido es su alimentación, que puede practicarse con leche de mujer (madre o nodriza), *alimentación natural*; con sustancias que buscan reemplazarla, *alimentación artificial*, y con una combinación de las dos anteriores, *alimentación mixta*.

Alimentación natural.—La leche de la madre es la única que realiza la alimentación estrictamente fisiológica del recién nacido, y en su ausencia, la más semejante y mejor para el niño, y por lo tanto la más recomendable, es la leche de otra mujer que haya dado a luz en una época próxima a la del niño que va a alimentar (ama o nodriza).

Toda madre tiene la santa obligación, el deber moral de dar el pecho a su hijo, pues no hay ningún alimento de tan fácil digestión ni tan nutritivo para el hijo como la leche de su propia madre. Es, pues, por lo tanto, insustituible bajo el concepto fisiológico, y por eso Dios dotó a la hembra de mamas, y cuando ésta da a luz dispone la secreción láctea. El lactar ayuda al fenómeno de involución uterina, es decir, conviene al organismo de la madre. Estrecha también los vínculos de cariño entre madre e hijo y eleva su propia dignidad, *pues las fieras, con ser fieras, dan el pecho a sus hijos, y sólo entre nosotros se ve a algunas madres abandonarlos*. Que la leche materna es la más conveniente al niño lo demuestra el hecho de que se desarrollen mejor, enfermen menos y curen más fácilmente de cualquier enfermedad que contraigan que los lactados a biberón; no criar, pues, al pecho a los hijos, equivale a exponerlos a enfermar, y dicen las estadísticas, en afirmación de lo anterior, que por cada niño que muere criado al pecho fallecen cuatro criados artificialmente. Vosotras, pues, convencidas y sabedoras de esto, debéis inculcar a las madres a que se sientan tales dando el pecho a sus hijos, pues no se es madre solamen-

te haciéndolos venir al mundo. Criar a los hijos al pecho es, además de bueno, el procedimiento más económico. Por todos estos motivos, toda madre tiene el deber moral de no regatear el pecho a sus hijos. Ya sabemos que los comienzos de la lactancia pueden ser algunas veces penosos, por sensibilidad exagerada de los pezones, grietas e inflamaciones de los pechos, molestísimas por los dolores que producen, mas estas afecciones, prestándoles la debida atención, suelen curar en plazo breve, y ¿qué son estos dolores comparados con los que padece la madre al ver a su hijo enfermo? La sonrisa sana del niño en el regazo materno paga a la madre con creces todo cuanto ella sufre por su crianza. Muchas madres creen equivocadamente que su leche es mala para su hijo o que es escasa, y dejándose llevar de ideas y consejos equivocados, atribuyen a su leche algunos pequeños trastornos de vómitos o diarreas que padecen sus hijos, y que, como sabemos, tienen otro origen, y entre ellos, y muy principalmente, está una mala técnica de lactancia. La leche de la madre podrá o no ser suficiente, pero jamás es perjudicial para su hijo.

Causas que impiden la lactancia natural por parte de la madre.—Excluida la agalactia, sumamente rara y debida generalmente a intervenciones quirúrgicas practicadas en los senos, lo más frecuente es observar la hipogalactia, que podremos muchas veces corregir con una alimentación nutritiva bien llevada y con algún tónico galactógeno. Las gentes ignorantes, y aun algunos médicos, y no digamos matronas, diagnostican con demasiada frecuencia la hipogalactia, y sobre este punto debemos llamar la atención, pues ello puede ser motivo de privar al niño para siempre de toda o parte de la leche de su madre, que tan necesaria le es. Antes de afirmar la existencia de la escasez de secreción láctea, debemos asegurarnos de que la deficiencia no está motivada por un defecto de técnica de lac-

tancia o de fuerza de succión del niño, demasiado débil. De ningún modo suprimiremos el pecho al niño por tal motivo, sino lo que haremos es ponerle al pecho cada dos horas y media, y después que los agote ambos completamente, daremos algún otro alimento, con la esperanza, lograda muchas veces, de que el estímulo constante de la succión haga suficiente lo que primero fué mezquino. Si por escasa fuerza de succión del niño, no vacía éste bastante los pechos, deberá emplearse una maquina que saca leche y administrársela directamente, mediante una cucharita perfectamente hervida. Las grietas y las inflamaciones de la mama (galactoforitis, mastitis, linfangitis) deben ser evitadas durante el embarazo, practicando la higiene del pezón y la profilaxis de dichas molestas afecciones, que pueden crear gran inconveniente a la lactancia, pero que nunca deben ser motivo para suspenderla totalmente. Unicamente las enfermedades consuntivas, nefritis, diabetes graves, anemias perniciosas y especialmente la tuberculosis, son contraindicaciones formales a la lactancia, pues en otras afecciones, como las cardiopatías, siempre que estén compensadas, y las mismas infecciones agudas (gripe, etc.), no son motivos suficientes para suspenderla, pudiendo, en todo caso, ser aliviadas mediante una alimentación mixta. En cuanto a la tuberculosis, la contraindicación estribará, además de por las exigencias orgánicas que la lactancia demanda a la madre enferma y causa de su agravación, los positivos peligros de contagio para el recién nacido, pues, como ha sido bien demostrado, los hijos de los tuberculosos no nacen tuberculosos, pero su contagio es casi seguro en las primeras semanas de la vida, aunque después la enfermedad haga explosión en edades más avanzadas de la vida. Por el contrario a la tuberculosis, la sífilis no constituye nunca contraindicación, pues los hijos de los sífilíticos nacen siempre sífilíticos, a menos que la mujer haya sido suficiente y con-

venientemente tratada durante su embarazo. La mala conformación de los pezones (planos, umbilicados) deben corregirse ya durante el embarazo, mediante masajes de la base del pezón y la aplicación de pezoneras, y después del parto puede extraerse mecánicamente la leche y administrársela al niño con biberón. Existen casos, por fortuna muy aislados, de intolerancia absoluta para la leche de mujer, pero más frecuentemente y de mayor importancia práctica es el caso de los niños que maman mal, unos por debilidad congénita, y otros por falta de fuerza de succión, aun no siendo débiles. Están también los niños que, acostumbrados a tomar la leche de algún biberón que puedan haberles dado, renuncian al **pecho** a partir de entonces, por tener que desplegar en él un mayor esfuerzo. En estos niños agotaremos todos los medios para no desviarlos de la lactancia natural. Unicamente el labio leporino, la hendidura velo-palatina y los casos de gran debilidad congénita pueden obligar a otra suerte de alimentación no materna.

Técnica de la lactancia materna.—Uno de los mayores progresos que se han hecho en puericultura es reglamentar el número de tetadas, procurando dar éstas a horas fijas y con intervalos suficientes. Son aconsejadas siete tetadas durante la primera semana, o sea cada dos horas y media, con un intervalo de seis horas durante la noche; más adelante, el número de tetadas será de seis, con intervalos de tres horas y reposo nocturno.

Con esta reglamentación perfecta se impiden numerosos trastornos digestivos, fácilmente comprensibles conociendo el modo de digerirse la leche en el estómago del niño. Al llegar a él, es coagulada por el fermento lab, coágulo que va disgregándose y pasando al duodeno a medida que avanza la digestión; pero si antes de transcurrir el tiempo preciso para la completa disgregación del coágulo, llega otro nuevo aporte de leche,

el coágulo que se produzca englobará al anterior, formando a su alrededor capas concéntricas y dando lugar a que el tiempo de digestión para este nuevo coágulo se prolongue y sea motivo del paso de un quimo imperfecto al intestino delgado, punto de partida de fermentaciones y trastornos digestivos. En la reglamentación de las tetadas debemos, pues, seguir un criterio riguroso.

Duración de la tetada.—La duración de la tetada debe ser aproximadamente de veinte minutos a veinticinco, y algo más en los niños débiles. Tenerles más tiempo al pecho es perjudicial, por la maceración de que es objeto el pezón y facilidad de aparición de las grietas.

Cantidad de leche que injiere en cada tetada.—La cantidad de leche injerida por un niño normal y de un pecho con secreción corriente es la siguiente, según la regla de Finkelstein, aplicable a los ocho primeros días: Días que tiene el niño menos uno (el primer día no mama) $\times 70$ a 80 gramos, o sea, el quinto día mamará $5 - 1 \times 70$ a $80 = 280$ a 320 gramos al día. A partir del décimo día injiere cantidades variables, sobre las cuales se han basado numerosos métodos de dosificación. Esta cantidad se comprueba pesando al niño desnudo antes y después de la tetada, pero teniendo en cuenta que esta cantidad es variable de una a otra, lo que debemos hacer es el promedio de peso de varias tetadas, que con el aumento de peso del niño, nos indicará la marcha de la alimentación. Para saber los gramos que debe un niño mamar al día, basta multiplicar el peso expresado en kilos y fracción por 150 . Si se quiere más exactamente, el niño debe mamar 150 gramos de leche por kilo y fracción durante el primer trimestre, cifras que corresponden a un cociente energético de 110 a 120 calorías por kilo de peso y fracción durante el primer trimestre.

No vamos a ocuparnos de la técnica mixta ni artificial de

la lactancia, cosa que vosotras las matronas debéis dejar a juicio del médico pediatra y puericultor, que será quien marque la leche más adecuada, sus proporciones y su técnica. Vuestro deber consiste en estimular todo lo posible la lactancia materna. Y termino con esto pretendiendo haceros comprender que el proceso global del parto y su asistencia debe ser estrechamente vigilado en sus más mínimos detalles, para lo cual debéis estar constantemente mejorando y aumentando vuestra cultura obstétrica. Una actuación vuestra imprecisa o equivocada es capaz de desvirtuar la normal evolución del parto, con el consiguiente peligro que pueda derivarse. Por el contrario, el diagnóstico precoz de cuantas anormalidades puedan ocurrir, que sólo podréis hacer conociendo a fondo vuestra profesión, puede servir para encauzarle a tiempo o dar la voz de alarma para que, delegando vuestra misión en persona más capacitada para ello, el tocólogo pueda poner en práctica en momento oportuno, en momento de elección, la operación o adecuado tratamiento que libren a la madre y al hijo de los peligros de la enfermedad o de la muerte, en ese momento sublime de la maternidad y del nacimiento de un nuevo ser, alegría de sus padres y futuro defensor de la Patria y de las virtudes humanas.

ACTUACION DE LA MATRONA E HIGIENE PRECONCEPCIONAL

Actuación de la Matrona durante la gestación, parto y puerperio.—
Límites de su actuación y entrega de sus responsabilidades al tocólogo

CONFERENCIA DADA POR EL DR. PICAZO

Me congratulo de estar ante tan numeroso grupo de matronas, a todas las cuales considero escogidas, pues todas venís con deseos de aprender, que supone selección de espíritu. Yo, el más modesto de los que dan estas conferencias, poco os podré enseñar, pero procuraré daros alguna idea práctica, fruto de mi ya larga experiencia, que, aun sabida, siempre será bueno recordar.

He de hacer una previa aclaración: Por apremios de tiempo, al señalar tema objeto de esta conferencia elegí el enunciado, por creerlo de importancia práctica. Pero luego, repasando los propuestos por los demás conferenciantes y notando que coincidía con otros de ellos, decidí no tratarlo muy extensamente y en cambio introducía el estudio de un nuevo punto, en mi concepto de máxima importancia, cual es el de la *higiene preconcepcional*. Si se busca perfeccionamiento para hacer higiene y pre y postnatal, ¿por qué no empezamos por hacer la preconcepcional, que evitaría muchos de los males que en las otras habrán de corregirse? Me hace el efecto del que empieza a estudiar un libro por el segundo capítulo, dejándose el pri-

mero, que es más trascendente, porque ilustra y dirige los siguientes.

Con este objeto leeré luego parte de un trabajo que presenté ya hace años en la Asamblea Médica celebrada en esta capital.

De suma trascendencia califico yo esta actuación. De su ilustración y acierto depende en infinidad de casos la vida de dos seres que tan necesarios son, cada uno en su esfera social, y, desde luego, el acortar y mitigar los sufrimientos que ineludiblemente han de pasar durante su estado y en su terminación. Dadme matronas de conciencia recta y técnica perfecta y pronto se conocerá en el aumento de natalidad eutócica y por ende infancia de crianza fácil y con repercusión favorable para el resto de vida. De esa actuación acertada depende poder reconocer con la debida antelación enfermedades y defectos anatómicos de la gestante y del huevo, que con los remedios apropiados dejen llegar a término una gestación amenazada de interrumpirse prematuramente; de proporcionar al feto la resistencia suficiente para su normal desarrollo y de evitar muchas intervenciones extremas, trocándolas de muy lesivas para madre y feto por otras más oportunas y fáciles. Dentro de este aspecto social se comprende también el adquirir el mayor número posible de conocimientos para dirigir y practicar puericultura. Yo os invito a que todas os hagáis puericultoras siguiendo sus cursillos. El Estado hoy se preocupa seriamente de este aspecto de la sanidad y facilita los medios para su consecución; quiere tener divulgadoras de higiene que lleven a todos los ámbitos de España esos cuidados que en este caso particular se traducirán en preparar buenas madres, engendradoras de buenos hijos, moral y materialmente.

Esa actuación tiene dos aspectos, que son: uno social y otro técnico. En el primero queda comprendido el moral, que obliga

a una perfecta honradez profesional, a merecer la confianza absoluta de la que a vosotras acuda, disuadiéndola de actos punibles si en ellos pensara, convenciéndola de lo que supone, no sólo como pecado, y la responsabilidad criminal que le alcanzaría, sino las consecuencias que para su salud representaría el tener que estar, con muchas probabilidades, siempre enferma o pagar con la vida su desaprensión.

El otro aspecto es el técnico. Desde el momento que una mujer se presenta a vosotras con las dudas o mayor o menor seguridad de estar embarazada, para que la asistáis, allí empieza vuestra actuación. Aparto, desde luego, los casos de las que acuden a vosotras con el fin de ser curadas de padecimientos que tienen y que creen ser la causa de su esterilidad. No estáis capacitadas legalmente para ello y las rechazaréis rotundamente, aunque podáis dar un repaso general a la constitución anatómica de dichas enfermas en su aparato genital y aconsejarles la visita del especialista si efectivamente también creéis sea de ahí la causa. Las demás que sean de gestación dudosa procederéis a puntualizar los datos de interrogatorio y reconocimiento y análisis que procedan para tener la mayor seguridad posible, máxime hasta poder recoger los signos y síntomas de seguridad, recomendando con verdadero interés estudiar y reconocer bien los signos de Hegar y Budín, que tanta luz dan en cada caso. No detallaré mucho, por tener otros compañeros más competentes que se ocupan de estos temas; de todos modos, vuestra actuación ha de dirigirse principalmente a averiguar con obstinación los antecedentes familiares, si viven los padres de ambos esposos y de qué salud disfrutaban y enfermedades que hayan tenido, principalmente de larga duración o frecuente repetición; si podéis, estas pesquisas las retraéis también a los abuelos. Si alguno de los padres ha muerto, averiguar de qué enfermedad, y aunque no sepan su denominación,

indiquen la marcha más o menos larga y otros caracteres, como, por ejemplo, fiebre, vómitos alimenticios o de sangre, diarreas, ataques, catarros frecuentes, cansancio al menor esfuerzo, edemas, trastornos urinarios, dolor, etc. Si su madre ha tenido abortos repetidos de causa conocida o ignorada. Cada uno de estos síntomas os pondrán en camino de saber poco a poco la salud que pueda tener la gestante y os indicará de qué precauciones lo habéis de rodear. Eso mismo averiguaréis de los hermanos que tenga o haya tenido y el porqué del óbito de los que falten. Con mayor interés, como es natural, hay que averiguar cuantas afecciones haya tenido la propia interesada, pues aun las corrientes de la primera infancia, si son complicadas, dejan su huella y pueden influir en la salud posterior. Calculad la trascendencia tan grande que tendrá el que sean hijas de alcohólico, de tuberculoso, de sifilítico, de loco; en muchas puede llevar directamente la enfermedad y, desde luego, en las restantes, la predisposición a padecerla y transmitirla al producto de la concepción. Que en su niñez hayan tenido que guardar cama mucho tiempo cuando tan moldeable es su pelvis; desviaciones de columna vertebral frecuentes, no sólo en la lesiones tuberculosas que asientan en ella, sino en las que en colegios, por prolongada y defectuosa posición producen escoliosis, repercutiendo en la pelvis, que busca la natural compensación para la marcha. No me cansaré nunca de recomendaros dediquéis cuanto tiempo podáis a verificar mediciones pélvicas; que no se os pase ninguna embarazada sin habérsela practicado concienzudamente, como tampoco sin haber practicado los reconocimientos necesarios por tacto y palpación, que después de practicado muchas veces, aun en mujeres normales, os dará el hábito necesario para que luego con suma facilidad descubráis cualquier anomalía que haya o se presente. No dejar tampoco de familiarizarse en buscar la albúmina en orina cada

mes si no hay nada anormal y cada cuatro a seis días si lo hubiera, avisándolo al especialista, a tiempo que se manda practicar un análisis completo al laboratorio, buscando principalmente albúmina, glucosa, acetona, uratos, fosfatos y proporción de cloruros y de urea.

Los consejos sobre alimentación de la gestante siendo normal, como tienen que ser las sometidas a vuestro cuidado, es sencillo, por cuanto no hay que apartarlas del que estén acostumbradas y les siente bien, recalcando, acaso, sobre frutas y verduras, que favorezcan las evacuaciones intestinales. Lo mismo en el régimen de vida que han de llevar, haciéndoles hincapié en que en sus paseos no lleguen al cansancio molesto y dedicar al sueño las horas necesarias. Baños generales, especialmente a las que ya estén habituadas a ellos; el cuidado en sus viajes en vehículos de muchas sacudidas y gran moderación con las relaciones sexuales.

Haréis hincapié, principalmente, el descubrir síntomas lo más precoces posibles de las siguientes afecciones, que son las más lesivas para la gestante y para el producto de la concepción:

Gonococcias.—Síntomas más ostensibles: flujo abundante, acuoso o mucoso, amarillento verdoso, que acartona la ropa y produce irritación y escozor grande en genitales externos y en la uretra, provocando la polaquiduria; mandar analizar el flujo y evitaréis la terrible ceguera del recién nacido y un peligro inminente de grave infección puerperal.

Lúcs.—Gestante que os diga ha tenido manchitas violáceas por la piel; que ha padecido intensamente de garganta y de cabeza; que se le ha caído mucho pelo en poco tiempo; que tiene sialorrea, dolores como dentro de los huesos, especialmente de las piernas, mandarlas al especialista que le practique las reacciones pertinentes.

Tuberculosis.—Gestante desnutrida, anoréxica, sin fuerzas, con alternancias de diarreas difíciles de corregir a la medicación, catarros frecuentes, expectoración, febrícula, con dolores en columna vertebral o caderas, sudores nocturnos.... presunta tuberculosa.

Alcoholismo.—Gestante que desde el primer momento la observéis nervosismo al hablar, al moverse, poco dormir por no tener sueño, versátil en sus opiniones, flaca, con rarezas en su alimentación, apeteciendo siempre cosas fuertes de gusto, algún ataque convulsivo..., sospechar degeneraciones de procedencia alcohólica.

Diabetes.—Gestante macilenta o no, pero con una decadencia enorme, que siempre estaría comiendo, bebiendo y orinando, con un desarrollo grande de feto y propensa a infecciones de temer las distocias.

Paludismo.—Gestante con tinte de cara y de conjuntivas icterico o subictérico, hígado y bazo de mayor volumen que el normal, orina de tinte que recuerda la caoba y que recuerde haber tenido accesos de fiebre intensa, sospechar un paludismo.

Hipocalcemia.—Se acompaña siempre un estado anémico, dolores de muelas, flojedad, que sangra a cualquier motivo y de difícil coagulación su sangre: necesitan administrárseles cal, aunque con las restricciones necesarias, pensando en que ya se va hablando algo de distocias por hipercalcemia.

ACTUACIÓN EN EL PARTO

Fácil es ésta, por cuanto depende del solo paso de lo normal a lo anormal. Si una gestante ha sido bien estudiada, fácil será hacer un diagnóstico y, por tanto, saber aproximadamente cómo transcurrirá el parto. Es cuestión de diagnóstico continuo de presentación y posición, y como cada una invierte un tiempo de-

terminado, su alargamiento es el primer alerta. Y aquí encaja la cuestión del número de reconocimientos a practicar. Desde luego, no deben prodigarse, pero si por palpación y la auscultación no bastara para precisar la altura en que esté la presentación, sabiendo lavarse conforme y limpiar el canal genital, no encuentro inconveniente se hagan los necesarios: se perdería más no haciéndolos.

Todas sabéis preparar la habitación, las ropas, las aguas y menaje necesario para asistir un parto; saber si está completa la caja tocológica con material de desinfección, esterilizado, ocitócicos, de taponamiento intrauterino, suero y sondaje, cardiotónicos y moderadores de contracción, y no os ofendo recalando la escrupulosidad que se necesita para evitar infecciones. Sí os recomiendo no os dejéis influir nunca por las impacencias y sabidurías de la familia, amigas y la propia parturienta; el "oca sio preceps" consabido nunca pierde actualidad, y me atrevo a decir que más daños he visto producirse por falta de paciencia que por sobra. Las consabidas once horas de las primíparas y ocho de las pluríparas tienen un margen que no siempre depende de una distocia; hay que pensar que la parturienta no es una máquina a la que se le da cuerda para determinado y preciso tiempo.

No las coloquéis en posición obstétrica desde el comienzo del parto; se cansarán, a menos que sea preciso por algo que lo indique, por ejemplo si ha habido rotura de membranas, pues en tal caso deben de estar horizontales desde que se produzca y sin levantarse ni aún para evacuaciones, aunque sea en días anteriores a determinarse el parto: ya sabéis el papel tan importante que juega el líquido, por si hubiera de intervenir, y aún sin intervención; la colocación se impone, desde luego, desde que empieza el período de expulsión y antes si con ello se trata de aprovechar contracciones que modifiquen en algo la

presentación especialmente cefálica cuando se coloque en retro persistente. No olvidéis los decúbitos laterales; la posición de Sims, que tan útil es en esos vientres en alforja de las multiparas que no dejan encajar la presentación, siendo de elección el lado contrario al de colocación del dorso fetal.

Auscultar con frecuencia latidos fetales que pueden indicar si se debilita el tono, que sufre o corre peligro el feto, mirando también si al fluir de líquido viene teñido de meconio.

En las presentaciones de nalgas incompletas no tengáis impaciencia y no hagáis tracciones de los pies; seguramente elevaríais los brazos, que ya necesitarían la intervención del tocólogo. No rompáis nunca la bolsa amniótica, salvo cuando con dilatación completa, normalidad absoluta de presentación y de canal genital, veáis que se debilitan contracciones, tal vez por exceso de líquido.

No cortéis el cordón umbilical demasiado pronto ni tarde; cuando deja de latir es una buena señal, pero si nace con síntomas de asfixia, cuanto antes, y a provocar la oxigenación de su sangre con la respiración artificial.

ACTUACIÓN EN EL PUERPERIO

Hay que notar la diferencia que hay en su dirección hoy con relación a tiempos pasados, en algunos de sus puntos. Hoy se les deja e incita a efectuar movimientos y levantarse en seguida, en evitación de favorecer las flebitis; pero hay que ser ecléticos y no perder de vista que la matriz tarda dos meses en involucionar perfectamente, y por tanto, los primeros días pesa mucho, y se favorecerán sus desviaciones si se sientan o andan prematuramente.

LÍMITES DE SU ACTUACIÓN Y ENTREGA DE SUS RESPONSABILIDADES AL TOCÓLOGO

Estos límites están claramente marcados. Gestación, parto y puerperio normales están bajo la exclusiva dirección vuestra. Todo lo que se aparte lo más mínimo de esa normalidad lo transmitiréis al tocólogo, y con ello no padece vuestro prestigio: lo aumenta, porque os acredita de saber lo que lleváis entre manos. Por esto debéis acostumbraros a tomar historias clínicas, que a la vez os sirven de fichero ilustrado; cuando hayáis de trasladar la dirección de una enferma al tocólogo, lo haréis con todos esos detalles de mediciones, análisis, medios puestos en práctica para corregir anomalías que empezaban y sus resultados; las taras que cada una arrastre, bien por herencia, bien propias, coincidentes o dependientes de su estado; quedaréis como auxiliares naturales que sois del tocólogo para cumplir sus prescripciones.

LECTURA ALUDIDA ANTERIORMENTE SOBRE HIGIENE PRECONCEPCIONAL

Rindo homenaje a los numerosos y muy ilustres maestros que, durante muchos años ya, mantienen enhiesta la bandera con el lema caridad como centro e irradiando su benéfico influjo a procurar por el desvalido, evitando que lo sea. Y ¿qué más desvalimiento que el que pesa sobre el loco, el degenerado, el raquítico, el tuberculoso por herencia, el muerto apenas nacido, el muerto antes de nacer? Malo de Poveda, González Alvarez, Tolosa Latour, Cerecedo, Fernández Caro y otros muchos, con su gran prestigio, trabajan incesantemente.

Algo se ha conseguido con la ley de Protección a la Infan-

cia del Dr. Tolosa, pero lo esencial queda por hacer. No basta atender al necesitado; hemos de procurar a toda costa evitar en lo posible existan tales necesitados, y si esto es posible, como así nos lo enseñan las leyes de higiene, deber nuestro es aportar el esfuerzo de cada uno a su consecución.

En el Congreso celebrado en San Sebastián en 1910, su séptima sección, "Higiene y acción social", acuerda esta segunda conclusión: "En vista del peligro que ofrece la tuberculosis, por su carácter transmisible entre los cónyuges, y las consecuencias funestas que pueden determinar en la descendencia por su carácter hereditario y transmisible, es de desear que los Gobiernos piensen seriamente en la necesidad de que la ley establezca limitaciones a la celebración de matrimonios entre individuos tuberculosos."

En 1902, el entonces Ministro de Gracia y Justicia, Sr. Montilla, proponía en su discurso de apertura de los Tribunales que se impusiera para contraer matrimonio la aptitud legal sanitaria.

Posteriormente, el Sr. Dato, en el discurso de apertura de la Academia de Jurisprudencia, decía: "Si en el orden civil no le es lícito al legislador obligar al individuo a constituir una familia, si libremente quiere constituirla, habrá de someterse a lo que la ley disponga sobre ello." Y no hay que decir que no a otra cosa podría referirse este eminente estadista, sino a obtener de la constitución de esa familia el conjunto armónico necesario para que no resulten vulneradas leyes biológicas que de otra manera se convertirían en destructoras de la humanidad.

En 1915, el Senador Dr. D. Baldomero González Álvarez presentó al Senado una proposición de ley, en la cual pidió la regularización higiénica del matrimonio. No se discutió, pero no hay duda que ha de volver a reproducirse, y con el tiempo

aceptarse, pues poco a poco va ganando terreno en las clases cultas, y ha de concluirse, porque no cause extrañeza se legisle sobre un asunto cuya utilidad reconocerán todos.

Y cómo no se han de convencer, si consultando estadísticas aparece que en todos los Estados y en España en proporciones alarmantes hay una pérdida considerabilísima de vidas y salud, sólo imputable a determinado número de enfermedades, que son precisamente las que más influyen en los pésimos resultados de los que con su peso contraen matrimonio.

Y contrayéndonos más a nuestro asunto, vemos que esa mortalidad alcanza su cifra más aterradora en los cinco primeros años de la vida, colocando nuestra nación en el cuarto lugar de más a menos entre dieciséis Estados, y dando el mayor contingente los primeros meses del niño, y aun los primeros días. Es decir, que nacemos tan pobres de energías defensivas, con un capital orgánico tan misérrimo, que el menor soplo adverso es vendaval furioso que nos arrolla y aniquila. Pero ¿qué energías vamos a pedir a unos progenitores intoxicados, que tal vez ya recibieran el mismo capital exhausto o que lo han dilapidado con sus vicios?

Y siguiendo el orden descendente, nos encontramos de lleno en la mortinatalidad. De quince a diez y siete mil es el promedio anual en nuestra nación, y pasan de veinte mil los abortos de toda fecha. ¡Asustan las cifras! Se me antoja estar colocados en una pendiente por la que descendemos con rapidez vertiginosa, y en cuyo fondo se retuercen amenazadores esos engendros de la enfermedad y del vicio: los deformes, idiotas, locos, criminales, paralíticos, etc., que nada deben y, en cambio, pagan las culpas y concupiscencias o, por lo menos, la indolencia de los que, pudiendo poner remedio, no lo hacen.

Es la higiene, con sus sabias leyes, la que ha de borrar tanta desolación, la que ha de restablecer el equilibrio físico y mo-

ral del individuo, constituyéndole en apto para formar una familia, y todas ellas la sociedad que, empapada de esas mismas auras de salud, imponga a sus Gobiernos las medidas que impidan toda transgresión de esas leyes.

Como productoras de tanta desdicha hay un cierto número de enfermedades bien definidas en sus manifestaciones, y que no sólo obran agotando la salud y vigor al que las padece, sino que extienden su maléfica acción a su descendencia.

No es de este sitio entrar en disquisiciones sobre si es el terreno o si es la semilla, si el organismo o el agente patógeno; el hecho indudable es que ambos conducen al resultado final: la degeneración del producto, la no aptitud para la vida en unos casos; el sufrir continuo y el continuo hacer sufrir en otros. El individuo que nace robusto, con buen capital de energías, irá resistiendo con ventaja los embates de los gérmenes patógenos que ineludiblemente le han de atacar una vez nacido.

Conocida, pues, la causa, urge poner el remedio, y éste no es otro que trabajar a conciencia todos para llevar el convencimiento a los que van a contraer el matrimonio de que si lo hacen sujetándose a las prescripciones higiénicas, su vida no será calvario, sino camino llano y tranquilo, iluminado con las rosadas tintas que cada cual sueña en su imaginación.

Ya Orfila dictó la siguiente regla general: "Deben prohibirse los matrimonios de todo el que padezca una afección que se exaspere con el uso del matrimonio, se transmita a la prole y la hagan degenerar." Magnífica pauta que nos deja, y a la que ni se puede añadir ni quitar nada.

"Tuberculosis, sífilis, alcohol: verdadera trilogía degenerativa de nuestra raza en los tiempos actuales", dice el ilustre Malo de Poveda, a la que hay que añadir, y desgraciadamente con los mismos derechos, especialmente en cuanto a esterilidad y malogro del producto de la concepción se refiere, la blenorra-

gia, esa hipócrita plaga social que sin casi dar manifestaciones de ninguna clase cuando a su estado crónico llega, hace confiarse al que la padece, y llegando a olvidarla, se consuma el matrimonio y convierte en eterna enferma aquella mujer en quien cifraba todas sus ilusiones y esperanzas, que quedan reducidas, en el mejor de los casos, a tener que renunciar a las alegrías de los hijos, y en los más a tenerla que someter a intervenciones altamente mutiladoras, después de desesperantes abortos, cada uno de los cuales le pone al borde del sepulcro.

La tuberculosis arrebató anualmente en España cincuenta mil vidas. La sífilis, el alcohol y la blenorragia privan de ella a una enorme cifra que señalaba anteriormente, y aun dejan un marabón, el más desesperante de todos, pues es el que sirve para poblar abundantemente las cárceles, los manicomios, los hospitales y centros de corrección.

Con el exorbitante número de abortos que ocurren, pierde la nación, en verdad, una grandísima fuente de riqueza, que representarían esas vidas que no llegan a madurar; pero con esas vidas inútiles y perjudiciales de que están revestidos tantos deficientes física, moral e intelectualmente, pierde mucho más, pues no sólo no ingresa, sino gasta en su mantenimiento y corrección.

No es, pues, sólo el número de los que se malogran, con ser tantos y tan sensibles, sino los que quedan con tales deficiencias, que sólo como carcoma viven, destruyendo su morada sin cesar. Y no es que yo pretenda volver a aquellas leyes de Licurgo y al Consejo de Ancianos que condenaban a muerte al desgraciado que no nacía vigoroso, pero sí creo, con el doctor Mata, que no es contrario a la civilización actual la esencia, aunque no la forma de las leyes espartanas, evitando esos matrimonios que sólo frutos averiados pueden dar.

Si, pues, la prosperidad de un pueblo depende de la salud

integral de sus componentes, y ésta, a su vez, de una perfecta regularización higiénica de los matrimonios, la nación que aspire a ser fuerte no tiene más remedio que legislar sobre todo aquello que, dándole más matrimonios eugénicos, evitará su despoblación y utilizará más adecuadamente todas aquellas vidas que para ella constituyen enormes cantidades de capital intelectual, artístico y financiero, por cualquier método que sea justipreciada la vida humana.

Ahora bien: las medidas que se precisan para la consecución de tal fin han de tener carácter coercitivo, violentando instintos o afectos de tal raigambre que necesariamente han de lastimar en lo más hondo cuando se intente su desprendimiento.

Digna de toda lástima considero a la joven que sin darse cuenta, con la mayor sencillez, como estas cosas suceden, se va enredando poco a poco en las sutiles mallas que la sujetarán después fortísimamente al hombre que con toda su alma cree es el complemento de su felicidad. ¿No se ha de desesperar cuando ya orilladas cuantas dificultades se opongan a su enlace, al disfrute de esa soñada felicidad..., venga el frío dictamen de un médico a querer convencerla que debe renunciar a esos sueños? ¿Por qué? ¿No es bueno su elegido? ¿No la quiere en la misma medida? Sí... pero es un enfermo incurable. No importa; quiere ser su enfermera, no teme el contagio y protesta con todas sus fuerzas, se coharte lo que llama su libre albedrío.

¿Puede y debe hacerse esto en sana moral? ¿No abocará a muchas jóvenes con defectuosos principios religiosos que le sirvieran de freno, a tomar resoluciones extremas, que según educación o nivel social, en una se traduciría en suicidio, en otras en uniones ilícitas, y en las mejor equilibradas, tal vez en melancolías que poco a poco las consumieran? Y esto mis-

mo que puede aplicarse al hombre siendo la enferma su elegida. si además hubiera intereses bastardos de por medio. ¿no haría aumentar el número de seducciones?

Dice Golmayo en su derecho canónico: "La celebración de los matrimonios no es un negocio que pueda dejarse abandonado al interés y capricho de los contrayentes, porque son la base de la felicidad pública y privada, y por eso en todos los países han estado siempre bajo la salvaguardia y tutela de las leyes y de la autoridad pública; de aquí ha nacido la prohibición de ciertas uniones declarándolas nulas o ilícitas."

Y el profesor belga Rothe, en su tratado de derecho natural: "El estado avanzado de enfermedad de una persona debe impedir el matrimonio, a causa de los peligros a que expone la vida conyugal a ciertas saludes quebradizas", y siendo, como dice Santo Tomás, el fin esencial y primario del matrimonio, el bien de los hijos, podremos contestar a la desgraciada joven de mi anterior ejemplo, que en sana moral no debe casarse, porque aunque se le quisiera conceder el derecho de sacrificarse ella, lo cual tampoco es admisible, no lo tiene de ninguna manera a sacrificar a los hijos que Dios le concediera, que en vez de frutos de bendición, serían verdaderas cargas para ellos, para sí propios y para la sociedad, cuyo interés general está muy por encima de su pasión, por muy noble y desinteresada que fuera. Se coharta su libre albedrío, para que el fruto de sus actos no lo haga con otros seres y con el mismo derecho con que se priva la libertad al criminal para que no sacie sus malos instintos, y al loco recluyéndole en un manicomio, etcétera, etcétera. Y como la moral es única y ella es el fundamento de todo derecho natural, civil o canónico que premia las acciones buenas e impone sanciones a las malas, la misma moral es la que ha de obligar a los padres a dar a sus hijos la única buena y verdadera educación, la contenida en el decálogo

cristiano y con esta base no haya miedo a los suicidios, concubinatos ni seducciones; cada uno llevará dentro de sí el juez de todos sus actos y considerará como verdadero crimen transgredir las leyes que le obligan a mirar por el bien de sus semejantes antes que dar satisfacción a su egoísmo; aunque, bien mirado, hasta por egoísmo debiéramos imponernos estas leyes, pues me hago cargo de la angustia tan grande, tan inmensa, que sentirán esos padres que vean padecer sin cesar o desgraciados sin remedio a los hijos de sus entrañas, y que, por añadidura, tengan para que les retuerza la conciencia el convencimiento de su complicidad.

Es doctrina de derecho canónico que en el matrimonio, en lo que tiene de contrato y de sacramento, la Iglesia tiene exclusivamente en los países católicos, desde muy antiguo, el derecho de establecer impedimentos dirimentes, reconociendo al mismo tiempo en los príncipes la facultad de establecer leyes que, sin afectar al vínculo conyugal, prohiban ciertas uniones, bajo la imposición de penas temporales y la denegación de algunos efectos civiles. (Golmayo: *Derecho Canónico*, lib. II, página 16.) Y ejemplo de esto tenemos en España las leyes que prohíben el matrimonio de los hijos de familia sin el consentimiento o consejo paterno, según la edad de los contrayentes; el de ciertas personas sin preceder real licencia, etc.

Repito: es el Estado el que debe de legislar sobre esto, porque como lo que se pide es precisamente, no impedimentos dirimentes, sino impedientes o prohibitivos, sin contraposición con el derecho canónico, cabe en sus atribuciones, y máxime cuando a lo que se tiende es a que resulte de verdadera utilidad social el matrimonio, uno de cuyos fines más grandes es, “no únicamente el dar la vida a otros seres semejantes a nosotros, sino en educarlos de manera que sean verdaderos racionales, útiles a la Sociedad (Polo y Peyloron: *Ética*).

Nuestro Código Civil establece los siguientes impedimentos: 1.º Los varones menores de catorce años y las hembras de doce. 2.º Los que no estuvieren en el pleno ejercicio de su razón. 3.º Los que adolecieren de impotencia física, absoluta o relativa, para la procreación. Y otros que no hacen al caso.

La crítica de esta incompleta legislación la tiene tan perfectamente hecha la Medicina legal, que no necesita repetirse.

Establece en síntesis dos grupos de impedimentos: 1.º Aquellos que abarcan las causas de imposibilidad para cumplir el objeto principal del matrimonio, o sea la procreación de los hijos. 2.º Los en que los contrayentes no pueden dar su consentimiento en la forma debida.

Ni una palabra que se refiera a impedimentos impuestos por leyes biológicas, y hora es ya de que en ellos se fije.

El impúber, y mejor aún, el hombre hasta los veinte años y la mujer hasta los diez y ocho, no deben casarse, porque, como dice Hufeland: “El uso prematuro de los órganos genitales es el medio más seguro de inocularse la vejez”. Las estadísticas prueban que la mortalidad de los casados antes de los veinte años es de dos a seis veces mayor que la de los solteros de las mismas edades, e igual a la de los viejos de sesenta y cinco a setenta años.

El matrimonio entre una vieja y un joven, o viceversa, lo califica Levy de verdadero escándalo fisiológico.

El en edades extremas, más tiene de unión de próximos inválidos que de enlace próspero para padres e hijos, pero, en último caso, sería el menos perjudicial.

El entre consanguíneos en sus primeros grados se explica perfectamente su impedimento, aunque nada más fuera por el horror instintivo y universal que se siente al incesto.

El que pretenda llevarse a efecto entre individuos con tara morbosa que se exacerba con su uso, se transmite a la prole y

haga degenerar a ésta, ése de ninguna manera debe de consentirse.

La tuberculosis, sífilis, alcoholismo y blenorragia ocupan los primeros puestos en ese sentido, y segun su grado, y si es permanente o temporal, así será el alcance de la prohibición.

La abnegada clase médica, toda sacrificio, acogerá con gusto esa responsabilidad más, aunque sepa que más disgustos que provecho le ha de proporcionar; el bien tan grande que reportará a la humanidad será la recompensa de su deber cumplido. No le intimidarán las sanciones penales que se establezcan para el falsario si los hubiere, sino que será su mayor acicate la satisfacción allá en lo íntimo de su conciencia de que en cuantos matrimonios intervenga no mezclará entre las flores de azahar del prendido de novios las punzantes espinas de próximas desventuras.

Y termino. Tenéis en vuestras manos los fundamentos de cada nueva generación humana. De vuestra conducta moral y técnica depende el perfeccionamiento de nuestra raza, para que llegue en buenas condiciones a las de los que después han de dirigirla, y de la labor de todos ha de salir la consolidación de nuestra España, que ha de seguir siendo UNA, GRANDE y LIBRE, como es anhelo de todos.

ECLAMPSISMO Y ECLAMPSIA PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE URGENCIA

POR EL DOCTOR

TOMAS ALCOBER ALAFONT

Médico tocólogo de la Beneficencia Municipal y maternólogo
del Dispensario de Higiene prenatal número 4

El conocimiento del estado eclámpsico y de la eclampsia es tan importante, que por sí sólo determina la imperiosa necesidad de un periódico y atento examen de la mujer embarazada, marcando como verdadero índice la enorme influencia que han tenido las disposiciones sociales promulgadas durante estos últimos años y que tienden a proteger a la mujer encinta para que su gestación y parto transcurran sin accidente alguno, procurando una atenta vigilancia durante aquélla, un material apoyo cuando la gestante es pobre y una esmerada y científica asistencia en el parte, porque de todas las complicaciones o accidentes que pueden aparecer en el transcurso de la puerperalidad, los que se deben a la eclampsia, con ser tan graves, son, sin embargo, los más fáciles de precaver, aplicando oportunamente los medios adecuados y examinando bien a las embarazadas para descubrir a tiempo sus síntomas premonitores.

FRECUENCIA

Los autores de los libros que estudiábamos en nuestra época escolar (Tarnier, Ribemont, Auvard, etc.) ya nos decían que la eclampsia se presentaba una vez por cada doscientos cin-

cuenta partos que ocurrían fuera de los hospitales y centros de maternidad, mientras que en estos sitios, donde la gestante era observada durante los últimos meses, la proporción era de uno por trescientos cincuenta o por cuatrocientos.

Los primeros años de nuestra actuación profesional como médico de partido en un pueblo de 2.000 habitantes, en donde habría unos setenta partos anuales, solíamos ver un caso de eclampsia al año, y lo mismo ocurría en los demás pueblos de la comarca, y esto era porque la casi total asistencia de los partos estaba a cargo de "aficionadas" sin título, que lo mismo asistían a un parto que enjabelgaban una pared. En las pocas embarazadas que se sometían durante los últimos meses al cuidado de una verdadera comadrona titulada o de un médico, no se presentaba caso alguno de eclampsia.

Ya instituido en Valencia el Cuerpo de comadronas y de tocólogos municipales, podemos afirmar con orgullo que transcurren años sin que observemos ningún caso, y que cuando se presenta alguno, es en mujer que durante su embarazo no ha sido sometida a ninguna clase de investigaciones.

Las estadísticas del Instituto de Previsión acusan a este respecto una mortalidad cada vez más reducida, pues en estos últimos diez años ha ido decreciendo desde el 1 por 2.000 al 1 por 8.000.

NECESIDAD DE LA VIGILANCIA DURANTE EL EMBARAZO Y PROCEDIMIENTOS

Del cumplimiento tenaz y cuidadoso de todas las disposiciones sanitarias que obligan al atento examen de la mujer embarazada, depende que en plazo breve desaparezca esta temible complicación del cuadro nosológico.

Durante los seis primeros meses no es probable que ocurra

en la gestante nada que llame la atención en este sentido, aunque no es infrecuente que si en los primeros meses se habían presentado vómitos de intensidad y duración exagerados, puede ya pensarse que existe cierto grado de auto-intoxicación gravídica y entonces hay que realizar ya ese examen periódico de la embarazada, pero ordinariamente es durante el curso del tercer trimestre cuando hay que proceder de un modo regular y sistemático a su examen. Cualquier síntoma molesto o anormal que en ella se observe hay que valorarlo convenientemente, sin desestimar su importancia y sin pretender atribuirlo de un modo rutinario, como hace el vulgo, a perturbaciones "naturales" del embarazo, sino considerarlos como probables protestas funcionales que pueden sufrir órganos tan importantes como el hígado, el riñón, las glándulas paratiroides y los centros nerviosos ante el ataque nocivo ocasionado por las sincitinas ovulares y que por representar cierto grado de "gestosis", como hoy se llama, pueden conducir a la aparición de los accesos de eclampsia.

Para vuestra práctica corriente, quizá baste la investigación quincenal de la orina durante los sexto y séptimo meses, y semanalmente durante el octavo; es muy útil apreciar la tensión arterial, ya que parturientas sin albúmina en la orina pueden sufrir intoxicación gravídica con peligro de eclampsia. Todas sabéis cómo se investiga la orina y que el método corriente es el de la ebullición en un tubo de ensayo; si permanece límpida e inalterable, seguramente es normal, pero si ofrece un precipitado blanco, puede depender de la presencia de albúmina y también de fosfatos, y para distinguir una de otra sustancia, se vierten algunas gotas de ácido acético o nítrico, y si el precipitado desaparece, acusa la existencia de fosfatos, mientras que si persiste, indudablemente hay albúmina. También podéis servirlos del albuminómetro de Esbach, que consiste

en un tubo graduado, que lleva una señal con la inicial U, hasta donde se llena de orina, y otra señal con la letra R, hasta donde se echa el reactivo, que es una doble solución de ácidos pícrico y cítrico; se cierra el tubo con un tapón de goma, se invierte varias veces para que se realice bien la mezcla, se cubre con su estuche de madera y, transcurridas veinticuatro horas, se destapa y examina. Cuando no hay albúmina permanece limpia la mezcla, y cuando la hay, se deposita en el fondo del tubo, llegando a un nivel cuya altura depende de la cantidad de albúmina que contiene; de este modo si llega a la rayita marcada con el medio, se puede afirmar que hay medio gramo de albúmina por mil; si llega a la señalada con el uno, es que hay un gramo por mil, y así sucesivamente. Esta exploración con el albumómetro es conveniente realizarla en toda embarazada que haya tenido albúmina en la primera investigación y se desee conocer con las ulteriores y periódicas observaciones si mejora el estado de la mujer al aplicar los necesarios cuidados de higiene y de alimentación.

Acostumbraros también a manejar el tensiómetro-auscultatorio; es fácil y cómodo de llevar y debe formar parte del neceser de toda buena comadrona. En cuanto se aprecie una altura de 15 como máxima, ya hay que desplegar vuestra sagacidad clínica para ir buscando esos pequeños signos que, ya reunidos o de un modo aislado, puedan traducir cierto grado de eclampsia y que, convenientemente identificados, permiten aconsejar aquellos medios dietéticos, higiénicos y farmacológicos necesarios para evitar la aparición de la eclampsia.

SÍNTOMAS PREMONITORIOS

Entre estos síntomas precursores, el que más importancia tiene es la "cefalalgia", o sea el dolor de cabeza, que asienta a menudo en la región frontal, por encima de las órbitas, o en

el occipucio, y que es tenaz y rebelde a toda administración medicamentosa de las que terminan en "ina" o de las que acaban en "on".

También son muy frecuentes los trastornos del aparato de la visión, que consisten en "diplopia" (visión de imágenes dobles), "ambliopia", que es la pérdida total o parcial de la visión; "hemianopsia" o perversión de la mitad de la imagen; "daltonismo" o imposibilidad de conocer los colores, que suelen confundirse o borrarse del campo visual; "moscas volantes" y hasta cegueras completas, transitorias o definitivas. Síntoma muy frecuente es el llamado "nistagmus", o sea oscilaciones rápidas e involuntarias del globo ocular de un lado a otro.

Por parte del aparato auditivo puede haber "hiperacusia", o sea exaltación de la percepción auditiva; "hipoacusia" o disminución de la misma, hasta llegar casi a la sordera, siendo precedida ésta de zumbido de oídos.

El sentido del olfato puede hacerse sumamente sensible a los fuertes olores, lo mismo agradables que desagradables.

Por parte del aparato respiratorio puede haber alteraciones del ritmo, que llegan hasta dar lugar a crisis de asma; en ciertos casos de fuerte intoxicación, la disnea puede hacerse muy intensa y presentarse de un modo brusco, yendo acompañada de expectoración de esputos de color rosáceo, y entonces puede significar la aparición de un edema pulmonar, siempre de pronóstico muy grave.

Por parte del aparato digestivo, existe "anorexia", "estado nauseoso", "reanudación del vómito", que desde el principio del embarazo había cesado, y síntoma constante la "epigastralgia", o sensación de "barra epigástrica de Chaussier", acompañada de acidez y de astringencia de vientre. El hígado muestra su participación cuando hay dolor constante y sordo en el hi-

pocondrio derecho y se acompaña de ictericia, lo que da también entonces un pronóstico grave.

Por parte del aparato urinario, los síntomas más importantes son la disminución progresiva de la emisión de orina que puede llegar a ser de medio litro al día y aún menos: generalmente es de coloración oscura y por la ebullición da una cantidad más o menos grande de albúmina. En la región lumbar suele haber también un dolor muy persistente.

La tensión arterial también está elevada, pudiendo alcanzar hasta 25 de máxima.

Los edemas en las extremidades inferiores existen siempre; las piernas ofrecen una hinchazón de color blanco mate, en donde la huella del dedo (fóvea) se marca fácilmente; muchas veces estas hinchazones abarcan los genitales externos, la piel del abdomen y hasta la cara, por encima de los párpados, dándole un aspecto abotagado. En casos descuidados existe un verdadero anasarca, o sea un edema de la totalidad del cuerpo.

PROFILAXIS

Consiste en someter a la enferma a una serie de medidas higiénicas y dietéticas, unidas, si es preciso, a algunas tomas medicamentosas.

Ante todo hay que aconsejar un reposo absoluto en cama, preservando a la paciente del frío, por lo que se la cubrirá de mantas (si es en invierno) o de algunas prendas de abrigo.

La alimentación será pobre en grasas y en albúminas, sin nada de cloruros y con reducción del aporte de líquidos. La dieta láctea, que durante tantos años ha sido factor inapelable de tratamiento no se realiza ya, puesto que está demostrado que la cantidad de cloruros y albúmina que contiene puede ser nociva. Si el embarazo está muy adelantado y con lo hecho no

se consiguen buenos resultados, se recurre a la "dieta famis" o de hambre y sed, tomando sólo dos naranjas al día, durante tres seguidos, añadiendo, para evitar la monotonía, alguna manzana, pera o ciruela. Al cuarto día ya podrán darse 250 gramos de papilla de arroz, luego patatas con mantequilla y purés de avena y de harinas diferentes, en cantidad de un litro y en distintas tomas, incluyendo luego algunas hortalizas y ensaladas aliñadas con vinagre. Con ello es casi seguro que la albúmina desaparezca y la tensión arterial vuelva a lo normal, pudiendo entonces pasar a la alimentación acostumbrada, pero absteniéndose en absoluto de cloruros y continuando con la restricción de líquidos. Pero si, por el contrario, aumenta la proporción de albúmina y sigue elevada la tensión, debe disponerse una sangría abundante, seguida de una inyección endovenosa de suero glucosado.

También convendrá a la enferma un baño diario para conservar la transpiración de la piel, así como también es muy bueno exponerla a la radiación solar de todo el cuerpo, con protección de cara, mamas y región genital.

Respecto a medicación, al recordar la segura acción hipotensora del "veratrum viride", seguimos aconsejando este fármaco, dando veinte gotas cada dos horas, hasta conseguir el descenso de la tensión, lo que casi siempre se consigue. Hoy se administra en muchas clínicas extranjeras la "calcio-diuretina Sandoz", dando una tableta dos o tres veces al día.

Días antes del parto es bueno injerir algunos comprimidos de paratiroidina" o inyectar algunas ampollas de "ovoglandol" o de algún preparado ovárico similar, con lo que muchas veces se puede hasta evitar el ataque.

CRISIS ECLÁMPTICA; SUS PERÍODOS Y EVOLUCIÓN

Tanto por no haberse ejercido la necesaria vigilancia durante el embarazo, como por haberse querido sustraer la gestante a las medidas higiénico-dietéticas propuestas, el acceso eclámpico puede desencadenarse y poner su vida en peligro.

La crisis puede presentarse durante el embarazo, que es lo más frecuente, en el acto del parto o más rara vez en el puerperio. Aparece más a menudo en las primerizas que en las multiparas.

Puede presentarse bruscamente, pero casi siempre ha ido precedida de uno de los síntomas descritos anteriormente, que o bien han pasado inadvertidos o no se les ha concedido importancia o no han sido tratados convenientemente.

Es clásico dividir la crisis en tres períodos: de invasión, de contractura y de convulsiones, a las que sigue el coma.

El primer período puede comenzar por una verdadera aura: la enferma pronuncia algunas palabras sin sentido o hace gestos que, generalmente, expresan terror, pero a menudo ocurre de un modo silencioso, realizando los músculos de la cara pequeños movimientos poco extensos, pero muy rápidos, sobre todo a nivel de los párpados, que se cierran y abren alternativamente, permitiendo ver el globo ocular animado también de un movimiento muy marcado hacia arriba, que impide a veces ver la esclerótica. Al mismo tiempo las alas de la nariz se agitan y la boca queda entreabierta, descendiendo una de las comisuras; la lengua es proyectada fuera de la boca, animada con frecuencia de movimientos de va y ven; las mandíbulas se aprietan, mordiendo la lengua. El músculo externo-mastoideo de un lado se contrae, obligando a la cabeza a inclinarse sobre un hombro y haciéndola rodar sobre el lado opuesto. Muy pronto

quedan invadidos los músculos del miembro superior, tomando poco a poco los antebrazos la posición de pronación forzada, mientras que las manos se cierran, quedando el pulgar recurvado por los otros dedos.

Todos estos movimientos rara vez interesan los miembros inferiores.

La duración de este período suele ser de un minuto.

El segundo período o de contractura viene a continuación. De su intensidad depende que el acceso sea más o menos grave. La cara, antes tan llena de movimientos, se queda de pronto inmóvil y como fija en su expresión; los ojos se dirigen arriba y a menudo a la izquierda; las mandíbulas se aproximan mordiendo la lengua si no se ha tenido la precaución de rechazar hacia atrás las arcadas dentarias. Los miembros, pegados al miembro y en fuerte contracción, están absolutamente inmóviles, haciéndole quedar rígido y en hiperextensión; la respiración, a causa de la contractura del diafragma, corazón y músculos intercostales, se encuentra suspendida en absoluto: la cara, antes lívida, toma el color azulado negruzco de la asfixia. Es la muerte aparente, que si se prolonga unos segundos más se convierte en muerte real, pero lo ordinario es que después de algunos segundos, que parecen muy largos a los familiares que presencian la escena, cambie todo bruscamente y se entre en el tercer período o de las convulsiones clónicas. Una inspiración profunda y ruidosa, seguida de una expiración aún más ruidosa y que hace salir de la boca una espuma sanguinolenta, marca su principio. Contrariamente a la contractura, dotada aquí la agitación. La respiración se restablece rápidamente y los músculos, que se hallaban contracturados, se relajan bruscamente, para contraerse de nuevo algunos instantes después. Estas alternativas de contractura y de relajación de los músculos de la cara, del cuello y del miembro superior se

ducen por sacudidas o movimientos desordenados, violentos y rápidos, mientras que la respiración se hace sibilante e irregular a causa de la contractura de los músculos de la laringe, acompañándose de la expulsión de una saliva espumosa, a menudo mezclada de sangre cuando la lengua, movida a cada convulsión, ha podido ser mordida.

Las convulsiones son mucho más marcadas a nivel del tronco o de los miembros inferiores; las del tronco son, sin embargo, suficientes para desplazar el cuerpo de la enferma que hay necesidad de sostener. A menudo hay emisión involuntaria de orina.

Este período de convulsiones clónicas tiene una duración variable, pero siempre más larga que el anterior, desde algunos instantes hasta, excepcionalmente, un cuarto de hora.

A este último período sigue el llamado *coma*, en el cual los músculos quedan en estado de resolución completa, la respiración se regulariza aunque queda ruidosa, pero la insensibilidad y la obnubilación son absolutas, no pudiendo la enferma contestar a las preguntas que se la dirigen.

La duración de esta fase es muy variable: de una a doce horas, aunque se han registrado observaciones hasta de algunos días; pero si el ataque ha sido poco intenso, el coma dura poco, reapareciendo pronto la sensibilidad y volviendo en sí la mujer dando muestras de asombro y sin recordar nada de lo ocurrido.

EVOLUCIÓN

No siempre se suceden las cosas con la regularidad y el orden con que las hemos descrito, por lo que podemos dividir las crisis en formas benignas, medianas y graves.

Las benignas se caracterizan por la poca frecuencia y du-

ración de los accesos, ausencia de *coma* entre las crisis, apirexia, cantidad casi normal de orina y escasa cantidad de albúmina.

Las formas medianas, que son las más habituales, presentan crisis repetidas en número de quince a veinte y un coma profundo que sucede a las crisis, escasa cantidad de orina y bastante de albúmina.

En las formas graves, las crisis son sub-intrantes; el coma, absoluto; la orina no se emite espontáneamente y la sonda sólo retira algunas gotas. Las conjuntivas están ictéricas, los tegumentos, amarillos; la temperatura, de 39° a 40°; la respiración, estertorosa; la cara, inyectada, y la muerte, que es la regla, sobreviene a los dos o tres días.

Las crisis convulsivas originan profundas modificaciones en el funcionamiento de los diversos aparatos del organismo.

La tensión arterial aumenta considerablemente durante el acceso, cediendo luego rápidamente, aunque quedando siempre por encima de la normal.

Por parte del aparato urinario se manifiesta siempre una oliguria, que puede llegar a la anuria. La orina es de color oscuro, alcanzando a veces su contenido en albúmina grandes proporciones (100 por 1.000).

La marcha de la temperatura es muy variable: en casos poco graves es casi normal, pero si los accesos son intensos y aproximados se observa un ascenso progresivo, y la muerte puede suceder con fiebre muy alta. A menudo, la temperatura no pasa de 39°, pero en seguida baja progresivamente, anunciando la curación; hay ocasiones en que la temperatura, después de haberse elevado a 40° y descendido a la normal, remonta de nuevo, pudiendo entonces morir la enferma o, por el contrario, sobrevenir la curación si la temperatura descende persistiendo en la normal; de modo que las grandes elevaciones térmicas implican un pronóstico muy serio.

NÚMERO DE CRISIS

La crisis ecláptica puede ser única, pero lo más frecuente es que después siga otra semejante a la descrita, pudiendo tener así una serie de accesos que se repiten de un modo irregular o con intervalos regulares. El número es variable; han llegado a contarse hasta cien accesos en la misma enferma, así es que tan pronto presentan una intensidad creciente como, por el contrario, van disminuyendo progresivamente en intensidad, y esta intensidad también varía, ya que a veces los accesos son larvados, consistiendo únicamente en algunas contracciones de los músculos de la cara o en algunos movimientos convulsivos irregulares; otras veces evolucionan con sus tres períodos claramente diferenciados, que son seguidos de un retorno inmediato del conocimiento o de un coma más o menos prolongado, tanto más profundo y duradero cuanto más violentas y aproximadas han sido las crisis.

CAUSAS DE LA MUERTE

Puede sobrevenir o por asfixia al final de la crisis, lo que es más raro, o lo más frecuente es que suceda al coma. Las causas están mal dilucidadas; se supone como causa primordial el edema y los focos hemorrágicos en diferentes órganos, como el cerebro, hígado, corazón y riñones.

SIGNOS DE CURABILIDAD

Cuando la curación ha de sobrevenir, el edema desaparece rápidamente, la excreción renal se hace abundante, el conocimiento y la sensibilidad reaparecen; pero aun en estos casos

no es raro observar algún trastorno mental dos o tres días después del acceso, aunque la función urinaria se haya hecho regular y todo indique la curación. El delirio afecta la forma de manía o de confusión mental alucinatoria y a veces de melancolía, pero ordinariamente esos accidentes son pasajeros.

DIAGNÓSTICO

Pueden confundirse los accesos eclápticos con crisis de epilepsia o de histerismo; pero éstos, aunque puedan ocurrir también durante el embarazo o el puerperio, no van acompañados nunca de elevación de temperatura ni de presencia de albúmina en la orina ni de aumento de tensión. El saturnismo también puede dar lugar a veces a accesos convulsivos, pero éstos se diferencian de los de la eclampsia en que, además, ofrece la enferma el signo de la raya negruzca gingival, coincidencia de parotiditis y antecedentes profesionales de manejar preparados de plomo, como pintoras, esmaltadoras, etc.

La intoxicación accidental o intencionada por la estricnina puede dar lugar a accesos convulsivos, que se distinguirán de los de la eclampsia en que allí las sacudidas son breves, repetidas y seguidas de una intensa y dolorosa contracción con relajación muscular después, continuando luego un nuevo acceso. Estos datos, unidos a los antecedentes, establecerán el diagnóstico.

Las tomas abusivas de ciertos medicamentos a base de alcanfor, como el aceite alcanforado, el cardiazol, etc., pueden dar lugar también a convulsiones, pero conociendo la causa es fácil la distinción.

En algunas comarcas donde reina el paludismo pueden observarse casos de forma convulsiva, que si ocurren en embara-

zadas pueden ocasionar algún error por haber fiebre; pero la regularización de los accesos palúdicos y su desaparición con un tratamiento adecuado aclararán el diagnóstico.

El tétanos, que también ofrece un cuadro convulsivo, es siempre consecuencia de una herida contusa, y sobre todo sus contracturas, como el trismo y la risa sardónica, son características, y lo mismo podemos decir de las convulsiones que determina la hidrofobia, en la que siempre hay el antecedente de una mordedura por perro, gato o rata.

Durante el coma cabe la confusión con el alcoholismo (hábito conocido, característico olor del aliento); con las intoxicaciones motivadas por el opio y sus derivados, como la morfina, codeína, heroína, etc., que aparte de los antecedentes, se observa descenso de la temperatura, reducción del campo pupilar al principio y dilatación después. Intoxicaciones ocasionadas por los barbitúricos, como el luminal, el gardenal, dial, veronal, medinal, etc., ofrecen un coma caracterizado por su aspecto de sueño tranquilo, con respiración y pulso normales, por lo que hay que buscar antecedentes, sobre todo si se trata de embarazada joven y soltera que haya podido intentar su suicidio. Otras intoxicaciones, como cocainomanías habituales, pueden dar un coma parecido, pero en éste hay gran semejanza con el colapso por la palidez, los sudores fríos y el pulso pequeño e irregular. Nada diremos de otras intoxicaciones, en las que es conocida la causa, como ocurre con la del óxido carbónico y la de ciertos medicamentos, como la aspirina, piramidón, alcanfor, bromuros, etc.

El coma diabético se conoce por el olor acetónico del aliento (manzana agria), el pulso duro, hipotenso y presencia de glucosa en la orina recogida por cateterismo.

Los comas producidos por enfriamiento o por insolación son muy fáciles de distinguir.

En cuanto a los comas apopléticos, por la edad de la enferma (más de cuarenta años), por lo súbito de su aparición, por la característica forma de respirar (fumar en pipa), el pulso duro, la hipertensión y por no haber ido precedido de convulsiones, sino más bien de vómitos o de un estado vertiginoso.

TRATAMIENTO

Vuelve a predominar actualmente el criterio de un rápido vaciamiento del útero en los casos de eclampsia, lo mismo cuando ocurre al término del embarazo que cuando sucede ya durante el parto; pero vosotras no podéis en esas ocasiones realizar terapéutica obstétrica alguna más que en los casos de parto muy avanzado, cuando no haya tiempo de que llegue un tocólogo que practique una rápida extracción del feto; pero teniendo en cuenta que precisamente el acceso eclámpico ejerce una acción estimulante sobre las contracciones uterinas, acelerando la marcha del parto, deberéis colaborar a ello con pequeñas maniobras de titilación del cuello, y sobre todo con la expresión del fondo uterino en el momento de la contracción, o sea con lo que se llama maniobra de Kristeller. No es conveniente el empleo de inyecciones occitócicas, como las de pitruina y sucedáneas, porque por su acción hipertensora podrían agravar un acceso o desencadenarlo si aún no había ocurrido; si acaso, se inyectará alguna ampolla de compuesto de quinina básica, como la salvoquina, transpulmín, quineumín, quinitrol, etcétera.

No siendo así y ante la imposibilidad de trasladar con rapidez a la paciente a una clínica, podréis aplicar cumplidamente un acertado tratamiento médico. Vuestra cultura médica, unida a los nobles sentimientos de amor al prójimo que todas po-

seáis, no os han de permitir mantener una actitud pasiva ante una gestante o parturienta sometida a vuestros cuidados y que sea atacada de un acceso de eclampsia; es posible que os halléis alejadas de una población en donde radique un médico o que éste demore demasiado tiempo su concurso junto a la enferma, y entonces sólo sois vosotras las que, soportando el gran peso de tan terrible responsabilidad, debéis emplear todos los medios que conozcáis y que estén a vuestro alcance para conjurar el peligro de muerte que amenaza a la paciente y para calmar la angustia de sus familiares.

En primer término, y para evitar que la enferma se muerda la lengua, hay que procurar en el momento en que haya de sobrevenir la contractura de los maxilares, interponer entre ambos un abré bocas o, a falta del mismo, un mango de cuchara envuelto en un paño y colocado de través. Hará, además, sostener los brazos de la enferma sin apretarlos demasiado y dejándolos llevar suavemente en la dirección que les imprima la misma paciente, para evitar una fractura si se hacen esfuerzos exagerados que se opongan a los movimientos de aquélla.

Cuando quedéis en disposición de actuar libremente, daréis una inyección de dos cgrs. de morfina o, mejor aún, de luminal sódico; una hora después haréis administrar un enema con dos gramos de hidrato de cloral disueltos en treinta de agua, y una hora después otra inyección de morfina o de luminal con la mitad de la dosis. Dos horas después, nueva lavativa de cloral con otros dos grs., y con ello, y si es un caso mediano, no será extraño que la enferma salga de su estado convulsivo y, sin entrar en el coma, vaya recobrando poco a poco el conocimiento. Pero hay casos en que si, por la frecuencia de las convulsiones, elevación de temperatura, profundidad del coma y cantidad exagerada de albúmina en la orina (extraída con la sonda),

comprendéis que es grave, hay un recurso heroico que no dejaréis de aplicar si no tenéis quién lo haga, que es la "sangría". No es de técnica difícil, y como la mayor parte de vosotras tenéis el título de practicante, deberéis saberla hacer. No cabe la excusa en esos casos de extrema gravedad, de no disponer de instrumento a propósito (escalpelo, lanceta o bisturí), basta con una punta de tijera muy afilada o de un cuchillo. Se coloca un lazo de goma (trozo de tubo de irrigador, liga de señora) por encima de la flexura del codo, y cuando las venas se ponen turgentes, se lava con alcohol y se pincha sin miedo hasta que salga un buen chorro de sangre, que se deja fluir hasta que se calcula que hayan salido unos 300 gramos. Favorece esa turgencia venosa el colocar el miembro en una vasija con agua caliente. También puede realizarse la sustracción sanguínea con una jeringa graduada, puncionando directamente la vena; de este modo y sabiendo la capacidad de la jeringa podréis extraer la cantidad de sangre necesaria.

Algunos autores aconsejan en vez de la sangría una aplicación de doce sanguijuelas en cada pierna, a las que se deja chupar hasta que caen hartas, lo que equivale a una sustracción de 300 gramos de sangre. Nada se pierde en utilizar este recurso cuando se puede disponer de estos gusanos, ya que por la secreción de hirudina que producen y que penetra en la sangre disminuye además la tensión y aumenta la diuresis. Una inyección de eufilina, practicada después y repetida a las doce horas contribuirá a la eliminación de la orina, y con ella de los venenos que contiene.

Otro medio que se aconseja es la punción lumbar, pero no está al alcance vuestro; mas si podéis realizarlo evacuaréis con esa raquicentesis unos 25 c. c. de líquido céfalo-raquídeo, lo que contribuirá a la descongestión de los centros nerviosos.

Un medicamento que surge ahora después de haberlo tenido durante mucho tiempo en olvido es el "veratrum viride". cuya eficaz acción ya citamos antes cuando nos ocupábamos de la profilaxia. Aquí se emplean ampollas inyectables que contienen seis centímetros cúbicos, repitiendo la dosis cada quince minutos, hasta que el pulso se ponga por debajo de sesenta pulsaciones y la presión arterial inferior a los 120 mms., y continuando las inyecciones si el pulso sube a más de ochenta y la presión por encima de 150 mms. Se inyectan después cuatro dosis de solución de sulfato de magnesia al 50 por 100, primero 10 c. c. y luego 5 c. c. cada seis horas; también se inyectan cada seis horas por vía intravenosa 500 c. c. de suero glucosado, hasta que la enferma recupera la conciencia. Aunque parece algo peligrosa la administración tan intensiva del *veratrum viride*, la estadística de los muchos autores que lo aplican nos incita a aconsejarlo, ya que, sin llegar a esa dosis, nosotros lo hemos empleado también con excelentes resultados.

Cuando la enferma está en condiciones de tragar va muy bien darle un purgante drástico, que generalmente consiste en 20 grs. de aguardiente alemán con otros 20 grs. de jarabe de espino cervical, y a las pocas horas, si no se ha producido el efecto, un abundante enema jabonoso.

Sin esa asociación que hoy se aconseja con el "veratrum", empleamos nosotros como elemento curativo de gran eficacia el sulfato de magnesia al 20 por 100, en cantidad de 20 grs. por ampolla, si es posible en inyección endovenosa, y si no muscular, repitiéndola seis horas después y llegando a administrar hasta seis ampollas.

La terapéutica propuesta será aplicada también en los casos de eclampsia ocurrida durante el puerperio, siendo entonces más satisfactoria y, por consiguiente, dando un pronósti-

co más favorable, cuanto más alejadas son las crisis, del momento del parto.

Respecto a alimentación, podrá darse desde que las crisis desaparezcan leche declorurada, papillas de harina de avena y de arroz y frutas cocidas y en puré, hasta llegar a la alimentación normal en cuanto no queden vestigios de albúmina en la orina.