

Países en que se habla el frances.

Francia.....	37.000.000
Alsacia i Lorena.....	1.560.000
La parte francesa en Suiza i Bélgica.....	2.800.000
Guadalupe, Martinica i otros en América.....	700.000
Cochinchina i otras posesiones en Asia.....	400.000
Arjelia, Senegambia i posesiones en Africa.....	540.000
Total.....	43.000.000

De este modo se ve pues, que el idioma de Castilla es el que mas se habla actualmente en mundo civilizado.

MEDICINA. Ensayo sobre la naturaleza i tratamiento de la Eclampsia puerperal.—Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en Medicina, por Ventura Carvallo Elizalde.

Señores:

Una cuestion de alto interes práctico para el que se dedica con especialidad al estudio del arte obstétrico sirve de tema a la presente tesis, tal es: *la naturaleza i tratamiento de la Eclampsia puerperal. Qui bene iudicat, bene curat.*

El estudio de esta afeccion que figura entre las complicaciones ménos frecuentes de la preñez, del trabajo del parto i del puerperio, permanece desde largos años en un estado de incertidumbre sin avanzar un paso en la ciencia, siendo considerada de distinto modo por los diversos comadrones que tratando de explicarse el conjunto patológico de la Eclampsia, han mirado ya los centros cerebro-espinales, ya las alteraciones de la secrecion urinaria, no faltando quienes crean en una neurósis de orden puramente reflejo.

No molestaré la atencion de la honorable comision que me escucha, entrando a discutir detenidamente cada una de las innumerables teorías inventadas para explicar la patogénia de esta afeccion que, segun Madame Lachapelle, forma entre las mas graves en el cuadro patológico de la preñez; pasaré en rápida reseña las principales de ellas, deteniéndome en la que, segun resulta de los datos suministrados por nuestro profesor doctor Adolfo Murillo i de los raros casos que he tenido ocasion de observar, explica mas científicamente la horrorosa escena de la desgraciada ecláptica.

Dicho esto entrémos en materia.

El estado anátomo-patológico de los riñones ha sido desde hace tiempo, en esta afección, el objeto de investigaciones numerosas, en particular desde la época en que los trabajos de Lever hicieron descubrir la albúmina en la orina de las mujeres atacadas de convulsiones puerperales; esta albuminuria ha dado lugar a interesantes discusiones sobre el mecanismo de su producción, las que arrojando viva luz sobre la naturaleza del proceso mórbido han permitido reconocer la parte que le corresponde en la patogénia de la afección de que me ocupo. Que existe constantemente albúmina en la orina de las eclámpticas, es un hecho que no puede ponerse en duda; de aquí nace que algunos autores consideren la Eclampsia como consecuencia necesaria de una nefritis albuminosa desarrollada durante el embarazo; debemos luego averiguar la causa de esa albuminuria i sus relaciones con las convulsiones puerperales.

La albuminuria de la embarazada es considerada por Blot como completamente estraña a la enfermedad de Bright; pero consultemos a Cazeaux i encontraremos la relación de casos en que la albuminuria era ocasionada por diversos grados de la alteración renal. En medio de esta diversidad de opiniones, el exámen práctico de las embarazadas i de las eclámpticas i la anatomía-patológica revelada por la autopsia, nos permite descubrir la verdad de los hechos. Desde luego, estableceremos que no todas las embarazadas albuminúricas son forzosamente eclámpticas. Desarrollando esta proposición daremos a conocer la verdadera causa de la albuminuria de la preñez i la manera de obrar de esa causa para producir junto con la albuminuria, pero en determinadas circunstancias, la alteración susceptible de dar lugar a la convulsión puerperal.

En el curso del embarazo hai mas sangre en circulación como lo demuestra la hipertrofia cardiaca que le acompaña i que contribuye a la nutrición del feto, hipertrofia, indicada hace poco por Larcher, limitada únicamente al ventrículo izquierdo cuya pared aumenta un cuarto o un tercio al ménos, i como lo prueban los accidentes conjestivos del lado de las principales vísceras, hemoptisis, sofocaciones, icterie, etc.; pero consideremos el aparato renal, que es el que nos interesa directamente. El aumento de la masa de la sangre trae como consecuencia necesaria del lado de los riñones uropoiesis doble, la cantidad de urea secretada diariamente es de 32 a 40 gramos en lugar de 24, hai una hiperemia funcional exajerada; por tanto, mayor presión vascular e indispensablemente abundante e insensible filtración del *serum sanguíneo*, aun por escepcion, sangre en na-

turalidad, hé aquí la *albuminuria* o, como dice con justa razón Peter, *serumuria*, pues la albúmina es la parte ménos filtrable del serum, siendo así que este último pasa en mayor cantidad.

El fenómeno que hasta aquí se presenta no es, anatómicamente hablando, sino el primer período del proceso inflamatorio del riñon (hiperemia), i no la nefritis de Bright como pretenden algunos; sin que podamos negar que en casos muy excepcionales sea esta la causa de la *albuminuria*, debiendo advertir que el mal de Bright en la embarazada es amenudo agudo.

No olvidemos anotar como desempeñando un rol importante en la génesis de la *albuminuria* el estado hidroémico de la sangre; hai aumento del agua, disminucion de glóbulos i de la cifra de la albúmina que desciende a 66,1 aun a 62,4 de 70,5 término medio fisiológico.

El exámen de la orina nos revelará el grado de alteracion renal; tratada convenientemente la lesion no pasará del simple proceso hiperémico; en el caso contrario aumentará por grados, eliminándose por la orina los residuos del riñon en via de destruccion; el órgano será el sitio de la degeneracion grasosa, no podrá desempeñar sus funciones; i el comadron tendrá que ver sobrevenir, como consecuencias de la turbacion de la secrecion urinaria, un conjunto de fenómenos que revelan la profunda alteracion de la sangre, alteracion que puede presentar en el grupo de sus manifestaciones el cuadro sintomático de la *Eclámpsia*.

Tenemos ya establecido que hai cierto grado de alteracion renal i por tanto turbaciones de la secrecion urinaria; de aquí nacieron teorías, en su mayor parte poco fundadas, para explicar el desarrollo de las convulsiones puerperales.

Wilson i Rayer acusan la *uremia*, fundándose en que la presencia de la albúmina en la orina coincidia casi siempre con una disminucion en la cantidad de *urea*, la que no siendo eliminada por los riñones se acumulaba en la sangre i producía un verdadero envenenamiento, dando lugar a las convulsiones puerperales; teoría echada pronto por tierra; pues las inyecciones de *urea* en la sangre, practicadas por Claudio Bernard, no han dado el conjunto de síntomas característicos de la *Eclámpsia*.

Frerichs trata de salvar la doctrina de la *urémia* dando otra interpretacion de los hechos; para Frerichs la *urea* por sí misma es inocente; pero dá nacimiento en la sangre a *carbonato amoniacoal*, que es el agente directo del envenenamiento (amoniemia), trasformacion que se efectúa a expensas de un fermento que existe en la sangre;

ademas de no estar demostrada la existencia del fermento; esta teoría está en abierta oposicion con los esperimentos practicados en los animales.

La *uremia* i la *amoníemia* son teorías que principian a ser arrojadas al olvido.

Schottin dá una gran importancia a la retencion en la sangre de las materias extractivas, dando lugar al envenenamiento que Gubler designa bajo el nombre de *urinemia*; en la sangre de las eclámpticas se han encontrado los materiales de la orina en proporcion triple a la del estado fisiológico, en lugar de seis partes de materias extractivas por mil de orina se han encontrado 21; luego no se trata de una simple *creatinemia*, hai retencion de todos los materiales de la orina, es una verdadera *urinemia*. Esta opinion discutida hábilmente por Pétér en su tesis sobre Eclampsia puerperal; es la que parece mas en armonía con el conjunto patológico desarrollado en la afeccion que sirve de tema a la presente tesis.

Siendo esta, señores, la teoría que sostengo i la que deseo ver sometida a investigaciones ulteriores que hagan avanzar lo que dejamos de oscuro en esta cuestion, paso a dar cuenta precisa del mecanismo de produccion de los ataques convulsivos sobrevenidos en el curso del embarazo, durante el trabajo i aun después del parto.

He dado a conocer ya la presencia de la *serumuria* u *albuminuria*. Desde que *serum* aparece en la orina, de la mujer embarazada, debe examinarse el estado funcional del sistema nervioso i buscar los signos que anuncian de antemano el ataque eclámptico; el proceso que aquí se desarrolla tiene mucha analogía con las diversas especies de *tifus*, de las armadas, de los campos, etc.; la diferencia la encontramos en el modo de introduccion de los productos sépticos, mientras que los *tifus* citados tienen por via de introduccion las vias respiratorias; lo que algunos han denominado *tifus urinémico* reconoce por causa interna la falta de separacion, la acumulacion de los materiales de la orina en la sangre; es una *autofisacion*.

Tratando ahora de esplicar como el envenenamiento urinémico da lugar a las convulsiones, tomaré algunas palabras de una tesis de Fournier.—«Para ciertos autores los fenómenos nerviosos de la *urinemia* no carecerian de analogía, bajo el punto de vista del modo íntimo de su produccion, con el proceso patológico que Kusmans, Tenner i otros asignan a la epilepsia. Bajo la influencia de la alteracion de la sangre se produciria una excitacion de los nervios vasomotores i de las arterias cerebrales: estas arterias contrayéndose, pro-

ducirían, ya convulsiones por oligemia del bulbo, ya coma por oligemia del encéfalo.»

Las alteraciones encefálicas que se encuentran en la autopsia de las eclámpticas son variadas e inconstantes, además en numerosos casos sino en todos, son consecuencia i no causa de las convulsiones; por fin, aquellos en los cuales el cerebro está en perfecto estado normal hacen pensar que no es solo en el estado de la sangre i en su acción sobre el sistema nervioso donde debemos buscar la causa exclusiva de la Eclampsia puerperal; sin duda alguna hai que invocar una acción refleja cuyo punto de partida se encuentra colocado en el útero; sabemos pues las simpatías que existen entre el útero i los centros nerviosos, frecuentemente se presenta ocasión de observar *metritis crónica*, cambios de lugar de la matriz, etc., ser acompañados de tiempo en tiempo de fenómenos convulsivos; i sin recurrir a estos procesos patológicos, cuantas veces no vemos sobrevenir ataques eclámpticos en las primíparas, en el momento en que la cabeza del feto distiende el periné, ataques que pasan tan pronto como ha sido franqueada la vulva.

Luego, la *autofisacion urinémica* produce la *Eclampsia puerperal* por la perturbacion considerable i mui compleja de la inervacion, convulsiones, coma, delirio, predominando las convulsiones, *sanguis moderator nervorum*, ha dicho Hipócrates; agregaremos a esto la acción refleja del útero sobre el aparato cerebro-espinal.

Recordaré únicamente la inaceptable teoría que atribuye el ataque eclámptico a la compresion de la *cava inferior* i de la *renal*.

Hé aquí en pocas palabras un resumen de la verdadera naturaleza de la *Eclampsia puerperal*: tension vascular del riñon por replecion, desobstruccion, albuminuria o serumuria; persistencia de la replecion, de la hiperemia renal i de la albuminuria por ausencia de cuidados; presentacion de los fenómenos habituales de toda congestion persistente; alteracion progresiva del riñon, nefritis, degeneracion grasosa, persistencia de la albuminuria, alteracion de la sangre por falta de eliminacion de los materiales de la orina, acumulacion de estos; urinémia i aparicion posible de su síntoma el mas alarmante, en suma, la Eclampsia.

Respecto a la presentacion de la *serumuria*, las ideas de Kuss son concluyentes.—«El glomérulo renal deja pasar en el tubo urínífero, no agua pura sino serum sanguíneo, por un fenómeno de filtracion debido a la presion considerable de la sangre en este glomérulo. El serum de la sangre no difiere de la orina sino por la albúmina, el serum filtrado por el glomérulo no puede entonces ser orina sino

TRATAMIENTO.

Dada la naturaleza de la *Eclámpsia*, entro en su tratamiento. Si debatida ha sido la naturaleza de esta afección, no ménos lo ha sido su tratamiento. Charpentier, el último que se ha ocupado de esta cuestión, se limita a dar a conocer los resultados que arroja la estadística de los tratamientos empíricos que hasta la fecha se han empleado para combatir tan terrible complicación puerperal.

El tratamiento de las *convulsiones del puerperio* lo dividiré en *preventivo, paliativo i curativo*. La gravedad de la *Eclámpsia* hace comprender la conducta que el comadron debe seguir siempre que sea llamado a prestar cuidados a una mujer en el estado de gestacion; deberá tratar de prevenir o detener la enfermedad por una medicación apropiada al caso.

Del conocimiento de la patogénia de la *Eclámpsia* se sacan importantes indicaciones terapéuticas; i el mejor tratamiento preventivo seria modificar el estado de la sangre por medio de la medicación tónica, la *quina*, el *hierro*, etc. i una *buená alimentación*.

El exámen atento de la orina, es de impéiosa necesidad, especialmente si la enferma presenta algun edema; investigaremos si hai o no albuminuria, si la hai recurrirémos a la *diáforésis*, con reserva a los *diuréticos*.—Considerarémos igualmente como paliativos a los *alcalinos*, los *bicarbonatos de sôda i potasa* que disminuyen notablemente la hiperemia renal.—El empleo de los *evacuantes* a dosis moderadas está racionalmente indicado, con predileccion los *salinos*. En los casos de edema considerable Madame Lachapelle aconseja las *escarificaciones* con la lanceta, procedimiento que es mas prudente abandonar.

Para combatir accidentes conjestivos o pletóricos recurrirémos a pequeñas sangrías que, facilitando la circulacion, disminuyen la presión en el árbol venoso.—Los baños templados prestarán utilidad.

Respecto a la *sangría* como tratamiento preventivo de la *Eclámpsia*, debemos advertir, que Cazeaux ferviente partidario de la teoría de la anemia la preconiza sin obstáculo, aplicacion de *ventosas escarificadas* sobre la rejion renal, *evacuantes*, reserva la *sangría general* para aquellos casos en que accidentes nerviosos urínemicos amenazan la existencia de la paciente. Cazeaux se separa mucho entre la práctica i la teoría, vé una anémica en toda embarazada i esa anémica es sin embargo sometida a la *sangría*.

Beau practica emisiones sanguíneas en las embarazadas siempre

que nota sofocaciones u hemoptísis; i esto apesar de ver por todas partes las consecuencias de la anemia.

Stoltz, antiguo profesor de obstetricia de Estrasburgo, la preconiza igualmente.

Segun Peter la sangría obra produciendo espoliación lijera, contractura vascular i detención del ataque eclámptico; hace palidecer el riñon por disminucion de la masa sanguínea que circula, i como la *hiperemia renal* produce la *albuminuria* i esta la *urinemia*, i por fin la Eclámpsia, se comprende sin dificultad que la anemizacion renal tiende a curar radicalmente la enfermedad.

El *parto prematuro artificial* está aconsejado igualmente como un poderoso medio preventivo de las convulsiones de la mujer embarazada, pero no se recurrirá a él sino en las siguientes circunstancias: 1º que el embarazo haya llegado al fin del octavo mes; 2º que la albuminuria sea mui considerable o que la enferma sienta algun síntoma precursor de la Eclámpsia; 3º que se trate de una primípara o que la mujer haya sido atacada de Eclámpsia en sus partos anteriores; i 4º ineficacia del tratamiento médico i sobre todo de la sangría.

Los *opióceos*, la *belladona*, etc., se emplearán para combatir la agitación exesiva que presajia amenudo la convulsión.

Trataré ahora de la *dieta láctea*, considerada como un poderoso medio preventivo de la Eclámpsia puesto que hace desaparecer la albuminuria del embarazo.—Tarnier se proclama el primero en haber empleado este tratamiento i en haber obtenido un favorable resultado; sin embargo entre nosotros habia sido empleada antes que Tarnier la diese a conocer por el Dr. A. Murillo, obteniendo un éxito no ménos satisfactorio segun consta de una observacion que acompañaré mas adelante. Modo de emplearla: primer día, un litro de leche i dos porciones de alimentos; segundo día, dos litros leche i una porción alimentos; tercer día, tres litros leche, media porción alimentos; cuarto i siguientes, cuatro litros leche, i leche a discrecion sin otro alimento ni bebida. En los casos graves, sobre todo si hai prodromos de Eclámpsia, no se observará la graduacion citada i se someterá la enferma desde el principio a tres o cuatro litros de leche diarios; a los ocho o quince dias despues del principio del tratamiento, la albuminuria ha marchado decreciendo o ha cesado, i la cesación de la albuminuria hace esperar que la Eclámpsia será prevenida bajo la influencia de este nuevo réjimen.

TRATAMIENTO CURATIVO.—Comprende muchos métodos: 1º Apurar el parto, basado sobre el hecho de que amenudo los accesos

convulsivos cesan despues del parto, i si persisten, presentan ménos intensidad.

No me detendré en este método, tratado estensa i sábiamenté por Cazeaux i la mayor parte de los comadrones, estando casi todos uniformes en sus indicaciones posibles; ya he señalado los casos en que está indicado *el parto prematuro artificial*; advertiré únicamente que no debe recurrirse a procedimientos quirúrgicos sino despues de haber agotado los procedimientos médicos aconsejados en tan grave complicacion.

2º *Revulsivos*, purgantes, emisiones sanguíneas jenerales i locales, únicas o repetidas.—Los revulsivos i purgantes son medios que podrán servir en aquellos casos en que las convulsiones puerperales carecen de intensidad i en que son mui alejados los accesos; por lo demás, no debemos considerarlos sino como paliativos o como útiles auxiliares de la sangría jeneral, que a mi juicio es por exelencia el verdadero tratamiento curativo de la *Eclámpsia puerperal*.

La eficacia de la sangría es aun puesta en duda por algunos autores, pero esto es en gran parte dependiente de la falsa idea que se tiene sobre la naturaleza de la afeccion; así en Inglaterra, dondé ha prevalecido la teoría de la anemia, condenan altamente la sangría, reemplazando el tratamiento indicado por la ciencia i la razon por uno esclusivamente sintomático. En la actualidad la sangría gana terreno i sus efectos son sorprendentes, díganlo las observaciones de Peter, en las cuales, enfermos condenados a una muerte segura por otros facultativos, se han levantado rápidamente en medio de la sorpresa de su familia que consideraban la sangría como un procedimiento bárbaro i antirracional; no invoquemos observaciones estranjeras, díganlo los felices éxitos obtenidos por nuestro profesor de clínica obstétrica doctor A. Murillo, en los varios casos que ha tenido ocasion de tratar, algunos de los cuales acompañan este trabajo.

¿Qué mas decir de la sangría?—Charpentier, Depaul, Cazeaux i Beau la practican, como he referido ántes, observando en todas partes la anemia con sus fatales consecuencias.—¿Cómo poder ver en toda embarazada una anémica? Los análisis de Andral i Gavarré, los de Becquerel i Rodier han dado a conocer en casi todos los casos un aumento de la cifra de glóbulos rojos.

El número de sangrías, su sitio, la cantidad de sangre que debe extraerse, etc., es mui individual; el buen juicio i la práctica dirijirán al comadron llamado a prestar socorros cerca de una infeliz eclámptica.

Entro luego al estudio de la *anestesia*.

El efecto resolutivo de la anestesia i la falta de accion sobre la marcha del trabajo suscitó la idea de emplearla en el tratamiento de la Eclámpsia. En 1835 apareció el primer trabajo sobre esta materia; debido a M. Bouchacourt de Lyon, luego vinieron las memorias de Timermans i Scanzoni, poco tiempo despues el cloroformo comenzó a ser usado con profusion; sobre todo en Inglaterra, donde le han juzgado como un poderoso rival de la sangría; pero quizá hai una exajeracion, el cloroformo es eficaz al principio de un ataque cuando aun no se ha producido la conjestion cerebro-bulbar; siendo contra-indicado si predomina el coma.

El éter carece de eficacia.

Charpentier no emite su opinion respecto a la medicacion anestésica; Franca, Pellicier i Fauný la colocan sobre todas.

CLORAL.—En Inglaterra i Francia se han publicado resultados mui favorables con el empleo del *cloral*. Segun Chouppé, el cloral obra rápidamente, 10 o 15 minutos despues de la primera dosis, la enferma experimenta una calma hasta entónces desconocida, luego viene la disminucion de frecuencia e intensidad de los accesos, desapareciendo por completo tan pronto como se hace suficiente la dosis de cloral; advirtiendo que el empleo de este medicamento es de utilidad cuando la Eclámpsia ha comenzado durante el embarazo o durante el trabajo, perdiendo mucho de su valor cuando la afeccion se inicia despues del parto.

Casi siempre desaparecen bruscamente los accesos despues de una dosis algo elevada de cloral; es un medicamento que tiene marcada influencia sino sobre el desenlace definitivo de la Eclámpsia, al ménos sobre la rapidez de la curacion i desaparicion de las convulsiones; quedará clasificado entre los paliativos.

MODO DE ADMINISTRACION.—Se principiará a usar desde que aparecen los prodromos, el trismus es un obstáculo a su administracion por la boca; se recurrirá a enemas que presentan la ventaja de poder administrarse durante los accesos i de prestarse a una rápida absorcion.

La gravedad de la Eclámpsia autoriza en ciertos casos las inyecciones hipodérmicas de este medicamento; i aun mas, hai quien se atreva a proponer las inyecciones intra-venosas, pero ántes de decidirse a penetrar en las venas sería prudente echar una mirada sobre los resultados obtenidos por Oré con tan atrevido procedimiento.

La dosis de cloral es variable segun la tolerancia de los enfermos i violencia de los accesos; sin que podamos temer el empleo de dosis algo altas desde el principio; si el efecto del tratamiento es rápido

debemos continuarlo por algun tiempo, al ménos 24 horas, a fin de prevenir la vuelta de las convulsiones. En los casos en que se pueda introducir por la boca se dará tres gramos de una vez; en enemas se comenzará por 2 gramos, al cabo de 15 o 20 minutos una nueva enema con 3 gramos, i así sucesivamente hasta dominar la afécción. Se disminuirá la dosis en las inyecciones hipodérmicas.

RESÚMEN.—La sangría jeneral i local constituye el verdadero tratamiento curativo de la Eclámpsia puerperal.

Los revulsivos i los purgantes son simples auxiliares de la sangría, deben ser considerados como medios preventivos.

Los anestésicos no son curativos sino paliativos; pero en distinto grado, llenan una indicacion puramente sintomática, producir una resolucion jeneral. El cloróformo ha sido en gran parte abandonado, el éter i el bromuro de potasio no se usan, el cloral presta importantes servicios acompañando a la sangría.

La ineficacia de los medios hasta aquí indicados, reclaman en determinadas circunstancias el parto provocado o el prematuro artificial.

Las observaciones siguientes darán a conocer la importancia de algunos de los tratamientos puestos en práctica i las lesiones anatómicas en algunos casos desgraciados.

OBSERVACION 1.^a—G. de C. de 28 a 30 años de edad, temperamento linfático nervioso, constitucion débil, ha tenido dos preñeces anteriores en cuya marcha no se ha presentado nada anormal; en este tercer embarazo, no habiendo notado otra cosa que un estado anémico, que le es habitual i que lo combate por el fierro, se presenta un pequeña edema de los piés i de la parte inferior de las piernas, pero que tambien lo ha tenido en las otras preñeces.

Esta señora está sujeta a ataques nerviosos histeriformes i a algunas obnubilaciones de la vista, muy pasajeras. Aparato visceral en estado fisiológico.

Durante el día nada ha experimentado que pudiera hacerle sospechar el trabajo del parto, aunque estaba fuera de cuenta; la familia ignoraba tambien que pudiera tratarse de algo parecido i estaba completamente desprevenida para un caso semejante.

A medió dia, sin embargo, la señora siente algo desusado, se pone temerosa i le vienen pequeñas convulsiones.—Al mismo tiempo le sobreviene un dolor al epigastrio, que ántes del ataqué va a fijarse en la cabeza. Llamado un facultativo prescribe una pocion antiespasmódica cordial i aconseja el reposo. Momentos después sobreviene

nia la Eclámpsia.—Dos horas i media mas tarde sobreviene un segundo ataque; se aplica paños de agua fria sobre la frente para disminuir la conjestion cerebral, determinada por el éxtasis sanguíneo i el color mas amoratado que se observaba en esa rejion. Se hace llamar al doctor Murillo; él encuentra la enferma en el período de estacion: el pulso pequeño i frecuente; la cara amoratada, las conjuntivas inyectadas, los párpados caidos, los globos oculares dirigidos hácia arriba; la respiracion era dificultosa i mui lenta, las mandíbulas cerradas.

Por el tacto vaginal reconoce i encuentra el cuello algo dilatado i mui dilatado: la bolsa de las aguas hace una pequeña inminencia i alcanza a sentir el feto en el estrecho superior.

En presencia de la gravedad de los accidentes i temiendo una terminacion fatal, cree oportuno hacer el parto. Convenido con los facultativos que se encontraban presentes, coloca a la enferma en la posicion conveniente, perfora las membranas por medio de la uña; las aguas salen en abundancia, marchando en el acto en busca de la parte del feto que se presenta. Se presentan las nalgas, se desdobra el miembro anterior, i sin preocuparse de ir a buscar el otro, termina el parto sin esperar las contracciones uterinas. Apesar de esa precipitacion, el niño nacia asfixiado; despues de limpiar sus fauces, de friccionarlo, se le coloca en un baño caliente i se dirige sobre su pecho un chorro de agua fria, practicando por fin movimientos respiratorios artificiales, se consigue despues de doce minutos que la respiracion se establezca i que el corazon lata con regularidad.

Atendiendo luego a la enferma, se nota que sale del cordon un chorro de sangre arterial, siendo necesario ligarlo. Habia pues un segundo feto en el claustro materno que era necesario estraer, con tanta mas razon cuanto que ya se dejaba ver una lijera modificacion favorable en el estado de la enferma.

Colocada nuevamente en posicion, se rompe la nueva bolsa amniótica a fuerza de pelliscarla, pues la muesca formada en la uña del comadron se habia descompuesto. El feto se presentaba de vértice, para estraerlo no se juzgó conveniente abandonar el parto a los esfuerzos de la naturaleza, ménos aplicar el forcep cuando la cabeza se encontraba aun en el estrecho superior. La version podálica era aquí la mas rápida. Por eso, sin vacilar un momento i sin retirar la mano que obturaba el cuello uterino, impidiendo así la salida de las aguas, se fué en busca de los piés i se verificó la version con la rapidez que era necesaria, habiéndose tomado el miembro correspondiente a la parte anterior.

La niña salía también asfixiada i con una vitalidad deprimida, se recurrió en vano a las fricciones, a la respiración boca a boca, etc., todo fué perdido, estaba muerta.

Volviendo a la madre, se hace la extracción de la placenta por el método de la *expresión uterina*; este órgano sale con gran limpieza, entero, i dejando ver los dos cordones que se insertan en dos estremidades opuestas.

Hecha la toilette de la paciente, colocado un vendaje de cuerpo para comprimir el útero que no se contrae convenientemente, se le traslada a una nueva cama. Desde este momento se nota que la respiración de la enferma se hace con mas regularidad, los maxilares se aflojan, sobreviene la palidez, los ojos se desinyectan, sucediendo inmediatamente una gran postración. Como la enferma puede ya tragar; se le da agua con coñac i se le aconseja seguir con él.

En el momento de concluir la traslación a su nuevo lecho; la enferma mueve las manos i trata instintivamente de cubrirse con la ropa de la cama.

A las 8 de la noche de ese mismo dia, el pulso principia a levantarse, es menor la palidez, vuelve un poco el calor i mueve algo sus brazos. La sangre que corre por la vagina es en mayor cantidad que la ordinaria; se le hace aplicar un paño humedecido en agua fria en el hipogástrico i se cubre con un vendaje ligeramente apretado, se le dá caldo i se continúa con el agua alcoholizada.

2º dia.—Está mejor, 112 pulsaciones por minuto. Contesta a lo que se le pregunta, aunque con mucha dificultad. Caldo i vino. La orina da un abundante precipitado de albúmina tratada por el ácido nítrico.

3º dia.—Estado mas satisfactorio, contesta con ménos dificultad i mas precision que el dia anterior. Lavativa ligeramente purgante; caldo cada 2 horas.

4º dia.—Contesta con ménos vacilación. Las mamas comienzan a ponerse algo turjentes. Alimentación mas reparadora.

5º dia.—La secreción láctea se ha establecido i la enferma entra en una convalecencia regular.

Cuatro ó cinco dias despues es atacada por una diarrea consecuencia de una indigestión, pero sana en pocos dias.

Tres meses mas tarde la enferma está muy bien, conservando solo una debilidad de la memoria pero que pasará gradualmente.

Como se ve por la observación, la urgencia del caso no permitió recurrir a la flebotomía, estando en él reunidas todas las indicaciones que, como he dicho ántes, reclaman el *parto prematuro artificial*.

OBSERVACION 2ª.—N. N. de 40 años de edad, plétórica i de buena constitucion se presentó a la casa de maternidad al principio del noveno mes de su octava preñez. Sus partos anteriores no han presentado nada digno de llamar la atencion. A la media noche del dia ántes de su entrada a la maternidad habia sufrido un ataque convulsivo, ataque que se repitió por dos veces en el curso del siguiente dia. Observada como a las 4 de la tarde, se la encontró en un coma profundo, la respiracion era estertórea, saliendo de su boca espuma sanguinolenta; habia dilatacion pupilar i la córnea era casi insensible. No quedaba duda que se trataba de una Eclámpsia. El tacto vaginal permite reconocer que el orificio del cuello está suficientemente dilatado para que el dedo llegue hasta las membranas i se compruebe una presentacion de vértice. La vagina estaba ocupada por algunos coágulos, cierta cantidad de sangre fluia al exterior. Hemorrája, determinada probablemente por la ruptura de algunos vasos utero-placentarios durante los accesos.

El médico de la casa llamado poco despues, juzgó que la hemorrája uterina seria el medio mas poderoso contra la terrible enfermedad. Se decide el *parto provocado*, i sin demora se procede a la ruptura de las membranas. La salida de las aguas determinó dolores bastante violentos i repetidos que parecen despertar a la mujer de su sopor i presajiar una terminacion favorable. Tres cuartos de hora mas tarde la mujer dió a luz un niño, que murió casi instantáneamente. Espulsada la placenta, la enferma vuelve a su primitivo estado. Momentos despues, nuevo acceso de convulsiones de dos minutos de duracion; media hora mas tarde sobrevino otro.

En la mitad del siguiente dia no daba señal alguna de sensibilidad, un sudor frio cubria su frente; pulso pequeño, intermitente e irregular, respiracion estertórea, disnea, temperatura 39°2. La orina, estraída haciendo el cateterismo, era escasa, -color oscuro, reaccion ácida; el calor i el ácido nítrico da un espeso precipitado blanco-amarillento.

En la tarde de ese dia la enferma fallece.

AUTOPSIA.—Derrame de serosidad en la cavidad aracnóidea, el tejido cerebral reblandecido bajo la aracnóides i en los ventrículos. Los vasos raquídeos extra-menínjeos notablemente conjestionados.

Las hojas parietal i visceral de la pléura derecha habian contraído adherencias hácia la parte anterior i esterna, no mui íntimas, bastante resistentes hácia atras i abajo. La base del pulmon derecho estaba bien conjestionada.

Aumento del volúmen hepático, presentando el órgano en su su-

perficie gruesas manchas angulosas, de color rojo-vinoso i como equimóticas, en medio de un ligero tinte amarillo, poco uniforme; el mismo aspecto daba la superficie de seccion. Se trataba de una estagnacion biliar producida por dos cálculos enclavados en el conducto cisto-colédico, encontrándose numerosos cálculos en la vesícula biliar.

Riñones descoloridos i amarillentos en la sustancia cortical e interpiramidal. Utero i anexos en estado normal.

No es difícil encontrar en este cuadro la causa determinante de la Eclámpsia; la encontramos en la pleuresía aguda i en la migracion de los cálculos biliares; el dolor i la excitacion nerviosa que debieron producir en una embarazada, pletórica i albuminúrica son mas que suficientes para determinar las hiperemias encefalo-raquídea.

En este caso el parto provocado dió un resultado funesto; es un medio que se debe emplear con mucha precaucion i en casos estre-mos. ¿No habríamos sido mas felices con la sangría?

OBSERVACION 3ª.—N. N. de 24 años, se presenta a la maternidad, habiendo sentido los dolores del parto desde el dia anterior; se halla fuera de cuenta. Esta mujer ha sido casada dos veces; en su primer matrimonio no tuvo hijos i quedó enferma del útero. Casada muy poco tiempo despues de su viudez, se hizo embarazada, acentuándose la afeccion uterina, circunstancia que la hizo entrar al hospital a curarse durante el cuarto mes de su preñez. Se la sometió a un tratamiento i se le practicaron cauterizaciones en el cuello del útero, consiguiendo el restablecimiento de la salud.

En los últimos tres meses la paciente es presa de un malestar que no pudo definir, acompañado de sensibilidad i dolor al vientre. Al mismo tiempo notó que sobrevenia un edema que se jeneralizaba; edema que subsiste i llama la atencion a primera vista i al primer exámen que se practica a la enferma.

Segun se pudo averiguar, esta mujer tuvo cuatro ataques eclámp-tico antes de entrar a la maternidad, durante cuyos intervalos recobraba el uso perfecto de sus facultades.

Los ataques que presentó en la casa fueron ocho: el primero a las 2½ P. M., el segundo a las 4, el tercero a las 5½, el cuarto a las 6½, el quinto a las 7, el sexto a las 8½, el sétimo a las 8½, i el octavo a las 9½. Desde el cuarto acceso en la casa, la mujer perdió todo conocimiento i quedó en el período de estacion.

A la mañana siguiente la situacion de la enferma era grave i causaba inquietud. El coma era profundo, la respiracion estertorosa, el

pulso frecuente; persistia el edema, el abdómen mui abultado, i una profunda palidéz.

El tacto vajinal encuentra el cuello mui dilatado, hai una presentacion s, i, d, a, algo encajada en la escavacion.

El médico de la maternidad introduce, sin vacilacion, la mano en el útero, engancha con sus dedos uno de los muslos del feto i lo extrae. Queda aun otra bolsa amniótica i otro feto en posicion o, i, d, t; esta bolsa es igualmente rota i tomando por los piés el segundo feto, se termina el parto por la version. Durante la version sobrevino el undécimo de los accesos que no duró mas de cinco minutos.

La placenta es espelida diez minutos despues del parto; reanimando por fricciones las contracciones uterinas. Habia una placenta para los dos fetos.

El parto estaba terminado, la situacion de la enferma no esperimentaba modificacion alguna favorable ni habia indicios de mejoría.

Aquí es, señores, donde presenciareis los maravillosos efectos del método que debe ser proclamado como el único curativo de la Eclámpsia puerperal, *la sangría*.

Se liga el brazo, se incinde una de sus venas i se deja escapar 300 gramos de sangre.

No hai que esperar mucho tiempo, sobreviene el último acceso, i principian a manifestarse los primeros signos de mejoría. Se prescribe un gramo de hidrato de cloral para tomarlo en la noche.

2.º dia.—Existe sopor, pero la enferma contesta con regularidad.

3.º dia.—No hai sopor, intelijencia perfecta; se queja de dolor al bajo vientre.

El útero mas aumentado i mas sensible.—Tintura de yodo al abdómen i cataplasmas, tisana emoliente.

4.º dia.—Se desarrolla i se pone mas sensible el útero, la sensibilidad se estiende a la mitad del vientre; diarrea frecuente, abundante i fétida, el desgarró perineal de color gris sucio. Mucha postracion, debilidad, cefalaljiá.—R. Tintura de yodo tres veces, cataplasmas, tisana gomosa, mistura de percloruro de hierro, lavatorios e inyecciones fenicadas, curacion con glicerina i alcohol.

5.º dia.—Subsisten las evacuaciones pero ménos frecuentes, disminuye el úteró, gangrena del desgarró i se estiende a una parte de la vulva. Continúa el mismo tratamiento sustituyendo a la mistura ferrujinosa unos papelillos compuestos de polvos de Dover, subnitrate de bismuto i mercurio con creta.

6.º dia.—No ha dormido durante la noche, gran malestar, agitacion; ha cesado la diarrea pero hai un poco de metéorismo. R. Agua

de azahar 100 gramos; acetato de morfina 5 gramos, éter nitroso 2 gramos, jarabe 15 gramos, para tomar una cucharada cada 2 horas hasta calmar la agitación o dormir. Sigue con el yodo i las cataplasmas. La enferma fallece al día siguiente temprano.

La autopsia demuestra las lesiones de una peritonitis infecciosa.

Este caso es interesante a la presente memoria por el éxito de la sangría.

OBSERVACION 4.^a—N. N. de 45 años de edad; se presenta en la maternidad, a término de su novena preñez. Su embarazo ha sido bueno, presenta únicamente un edema regular en las piernas i ligero en la cara. Vientre muy voluminoso. Al día siguiente, después de 3 horas de dolores, da a luz dos fétos vivos, macho i hembra. El primero en posición *o, i, d, p*, que durante el movimiento de rotación se trasformó en *o, i, d, a*. El segundo en *o, i, i, a*. La placenta fué espulsada sin dificultad.

Cuatro horas después de terminado el trabajo es presa de varios accesos eclámpticos que llegan hasta 14, i que se verifican a las horas siguientes: 1.^o i 2.^o 12½ A. M., 3.^o 12 h. 50 m.; 4.^o a la 1, 5.^o a las 2, 6.^o a las 3½, 7.^o a las 4½, 8.^o a las 5, 9.^o a las 5 h. 20 m., 10.^o a las 7, 11.^o a las 9, i hasta las doce de la noche otros tres menos intensos.

Se prescribe media docena de sanguijuelas sobre las apófisis mastoideas, pero los ataques se suceden con rapidez, i se practica entonces una sangría que se repite algun tiempo después. Se aconseja dar 1 gramo de cloral cada hora, habiendo alcanzado a tomar 6 gramos hasta la mañana siguiente, hora en que la paciente se quejaba de una cefalalja gravativa i de cierto malestar. La inteligencia se conserva. Pulso pequeño pero regular. La paciente ha dormido algunas horas con tranquilidad.

En los días posteriores se le dá cocimiento de quina. La enferma cada día marcha mejor, recupera la salud i sale de alta.

La sangría ha triunfado como en el caso anterior.

OBSERVACION 5.^a—María Jesus Riveros, de 30 años de edad, sanguínea, buena constitucion, entra el 21 de octubre de 1878 a ocupar la cama núm. 18 de la maternidad, en el noveno mes de su primer preñez. Durante el curso de su embarazo ha sido constantemente atacada de vómitos casi incoercibles i de alteraciones diversas en las vias digestivas, sin embargo la gestacion parecia llegar a término sin llamar en nada la atencion.

La víspera de su entrada a la casa fué víctima de impresiones morales i físicas, i durante la noche se presentan dos ataques con-

vulsivos, habiendo sido precedidos de cefalalgia i malestar considerable. Llega al siguiente dia a las 7½ de la mañana con la cara amarata, las conjuntivas vivamente inyectadas, las mandíbulas apretadas, convulsivamente (trismas), convulsiones tónicas afectando los músculos de los miembros; la respiracion acelerada, estertorosa, turbada en su ritmo, espuma en las comisuras labiales, teñida con sangre proveniente de las mordeduras de la lengua; pulso fuerte, frecuente, irregular; pocos momentos despues estado comatoso. Se trata de un ataque eclámptico. A las 8 A. M. se repite i dura dos minutos. Nuevos accesos a 7¼ i 8½.—Se liga el brazo, se abre la vena i se extraen 400 gramos de sangre. Despues de la sangría parece que la enferma quiere hablar algo, i hai entónces esperanzas de buen éxito, pero a las 9¼ comienzan nuevamente los accesos convulsivos i se repiten con una frecuencia asombrosa, se elevan a 15, presentándose primero de cuarto en cuarto de hora i alejándose mas tarde, el de mayor duracion fué de 4 minutos. La hiperemia cerebral habia llegado a su colmo.—Se colocan sanguijuelas sobre las apósis mastóides i se ordena la aplicacion de la siguiente enema: Leche 100 gramos, yema de huevo ½, hidrato de cloral 2 gramos, enema que se repetirá segun el efecto obtenido. Los accesos no ceden, el estado de la enferma es alarmante, se pronuncian cada vez mas los efectos de la turbacion de la funcion respiratoria, está ya cianótica.—La orina contiene gran cantidad de albúmina.

No se puede esperar mas tiempo, este apura, la sangría i el cloral han escollado. Practicado el tacto vaginal se encuentra el orificio del cuello algo dilatado pero dilatable; está indicado el *parto provocado*, sin demora se perforan las membranas estando ya suficientemente dilatado el orificio. El feto está en posicion *o, i, a*. Los esfuerzos de la naturaleza no pueden esperarse para terminar el parto, el útero está incapaz de contraerse, la postracion de las fuerzas, es considerable i el pulso se hace por momentos imperceptible. Se recurre a la version podálica i se extrae un feto, macho, muerto i macerado.

La enferma sucumbe pocos momentos despues.

Autopsia: derrame sero-sanguinolento en la cavidad aracnoidea i ventrículos laterales, hiperemia notable en los vasos extra-menfujes. Hiperemia de la base del pulmon derecho. Riñones mui aumentados de volumen, friables, pequeños puntos hemorrájicos en la sustancia cortical. Gruesos coágulos fibrinosos en el corazón derecho. Hígado ligeramente congestionado.

Unico caso en que vna sangría producir un efecto poco durable, pero se trata de uno de los casos mas graves de Eclámpsia, de

accesos mas frecuentemente repetidos i mas enérgicos, i por fin, de una paciente cuyo embarazo ha sido turbado desde su principio por alteraciones mórbidas i morales.

OBSERVACION 6.^a—Dieta láctea en la albuminuria de las embarazadas.—N. de 28 años de edad, casada, de buena salud habitual, se hace embarazada de su cuarto hijo a fines de abril de 1876. Durante los tres primeros meses su embarazo no presentó nada anómalo; pero desde el tercer mes se desarrolla un edema considerable que se inicia por los piés, a los 5 meses era generalizado i diforme con derrame en el peritoneo (ascitis) i produciendo todas las consecuencias de los derrames mui abundantes: mal sueño, disnea, opresion torácica, sofocaciones, etc.

Me olvidaba decir que en el curso del segundo mes de su embarazo, se presentó una tos fuerte, de carácter convulsivo, tos nerviosa, cedió al uso interno de la atropina, 2 miligramos por dia.

El exámen de la orina de esta enferma, nos dá una gran cantidad de albúmina; advirtiendo que hai disminucion de la secrecion urinaria. El vientre está corriente.

Se instituye el tratamiento por la dieta láctea, 3 litros diarios de leche descremada; desde el segundo dia se comienza a notar disminucion del enorme edema i aumento de la secrecion urinaria, al noveno o décimo dia de tratamiento, el edema desaparece por completo, el embarazo marcha normalmente.

Durante este tratamiento lácteo se observó un fenómeno singular, cual es, el vientre que se pone seco i mui difícil de moverse por lavativas purgantes; es pues raro obtener constipacion, cuando generalmente se advierte que sobreviene un efecto contrario.

Mas adelante aparece nuevamente el edema, pero el régimen lácteo a que se vuelve por segunda i tercera vez, acompañado de la quina i ferrujinosos, permitió llegar a la enferma al término normal de su preñez.

El parto se verifica sin novedad, pero el feto está muerto, i muerto de veinte dias atrás.

CONCLUSIONES.

1.^o Todas las mujeres atacadas de *Eclámpsia* son constantemente albuminúricas;

2.^o No todas las embarazadas albuminúricas son forzosamente eclámpticas;

3.^o La *albuminuria* i la *Eclámpsia* son efectos de una misma causa, la *urinemia*;

4.º La *sangría jeneral* o local constituye el verdadero tratamiento curativo de la *Eclámpsia puerperal*;

5.º Los *revulsivos i purgantes* son simples auxiliares de la sangría; deben ser considerados como medios *preventivos*;

6.º Los *anestésicos* no son curativos, sino paliativos, llenan una indicación sintomática, producir resolución jeneral;

7.º La *dieta láctea* es quizá el mejor medio preventivo de la *Eclámpsia puerperal*, combatiendo la albuminuria del embarazo; i

8.º La ineficacia de los medios hasta aquí indicados, reclama en determinadas circunstancias *el parto provocado o el prematuro artificial*.

Espero, señores, que este trabajo, que vengo de someter a vuestro ilustrado criterio, sea juzgado como un simple ensayo; cuyo objeto es tratar de sacar del caos inesplicable en que yace la naturaleza de una enfermedad que complica tan gravemente el curso de la preñez. He procurado únicamente vulgarizar ideas poco conocidas hasta la fecha, ideas que considero mas en relacion con los progresos de la fisiolojía i patolojía modernas, con la esperanza de que manos mas prácticas planteen mas tarde en su verdadero terreno esta cuestion iniciada ya.

NOTA.—Las observaciones que acompañan esta tesis han sido suministradas, unas por el profesor de Obstetricia, otras tomadas de la "Revista médica de Chile," i otras recogidas por el autor en la Casa de Maternidad.

Santiago, enero 10 de 1879.

Acordada publicar por la comision examinadora.

F. R. MARTINEZ,
Secretario suplente.