249

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MATERNIDADES

TESIS INAUGURAL

DE

ISÁAC ARANIBAR

EX-PRACTICANTE MAYOR INTERNO, POR CONCURSO, DEL HOSPITAL RIVADAVIA Y DE LA MATERNIDAD DE BUENOS AIRES

CASA EDITORA

IMPRENTA, LITOGRAFÍA Y ENCUADERNACIÓN DE J. PEUSER

BUENOS AIRES
San Martin núms. 150—156

LA PLATA
Boulevard Iadepend.. esq. 53

1888

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MATERNIDADES

TÉSIS INAUGURAL

DE

ISÁAC ARANIBAR

EX-PRACTICANTE MAYOR INTERNO, POR CONCURSO, DEL HOSPITAL RIVADAVIA Y DE LA MATERNIDAD DE BUENOS AIRES

CASA EDITORA

IMPRENTA, LITOGRAFÍA Y ENCUADERNACIÓN DE J. PEUSER

BUENOS AIRES
San Martin núms. 150—156

LA PLATA
Boulevard Independ., esq. 53

1888

Facultad de Ciencias Médicas

DECANO

DODTOR DON CLETO AGUIRRE

ACADÉMICOS EN EJERCICIO

DOCTOR DON NICANOR ALBARELLOS
» » MANUEL PORCEL DE PERALTA
» » MAURICIO GONZALEZ CATAN
» » CLETO AGUIRRE
» » MANUEL ARAUZ
» » LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » IGNACIO PIROVANO
» » PEDRO MALLO

SECRETARIO

DOCTOR DON LUIS DE LA CÁRCOVA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía descriptiva.....	Dr. D.	.....
Anatomía topográfica.....	„ „	M. Gonzalez Catan
Histología teórica práctica.....	„ „	Francisco A. Tamini
Fisiología general y humana.....	„ „	J. M. Astigueta
Patología general y ejercicios clínicos	„ „	José T. Baca
Materia médica y terapéutica.....	„ „	Pedro A. Mattos
Higiene pública y privada..... ...	„ „	Antonio F. Crespo
Patología externa..... .	„ „	L. Montes de Oca
Medicina operatoria.....	„ „	Bartolomé Novaro
Enfermedades de mujeres y clínica respectiva	„ „	Jacob de T. Pinto
Patología interna.....	„ „	Mamuel Arauz
Clínica quirúrjica.....	„ „	Ignacio Pirovano
„ „	„ „	N. N.
Clínica médica.....	„ „	M. P. de Peralta
„ „	„ „	Juan B. Gil
Oftalmología y clímica respectiva...	„ „	Cleto Aguirre
Enfermedades de niños y clínica respectiva.....	„ „	Manuel Blancas
Medicina legal y Toxicología.....	„ „	Eduardo Wilde
Obstetricia y clínica respectiva.....	„ „	Samuel A. Molina
Farmacia y práctica farmacéutica...	„ „	Martin Spuch
Química farmacéutica.....	„ „	Domingo Parodi
Enfermedades nerviosas.....	„ „	José M. Ramos Mejía
Anatomía patológica.....	„ „	Telémaco Susini
Patología mental.....	„ „	Luc.o Melendez
Química aplicada á la medicina.....	„ „	.....

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía descriptiva y topográfica.	Dr. D.	Juan J. Naon y J. Arce (en ejerc.)
Histología teórica práctica.....	„ „	Andrés F. Llobet (en ejerc.)
Fisiología general y humana.....	„ „	Carlos Villar
Patología general y ejercicios clínicos	„ „	Claudio Benitez y R. Wernicke
Materia médica y terapéutica.....	„ „	Enrique Del Arca (en ejercicio) y J. Ledesma
Higiene pública y privada.....	„ „	Meliton Gonzalez del Solar y Enriquee Revilla (en ejerc.)
Patología externa.....	„ „	Guillermo Udaondo
Medicina operatoria.....	„ „	Alberto Ramaujé
Patología interna.....	„ „	Josè Penna
Clínica quirúrgica.....	„ „	Antonio Gandolfo
„ „	„ „	Julian Aguilar (en ejercicio)
Oftalmología y clínica respectiva....	„ „	Pedro Lagleize y L. Obejebo
Clínica médica.....	„ „	Eufemio Uballes
Medicina legal y Toxicología.....	„ „	Eduardo M. Perez y Juan Bta. Señorans (en ejercicio)
Obstetricia y clínica respectiva.....	„ „	J. R. Fernandez y Luis F. Vila
Farmacia y práctica farmacéutica...	„ „	Atanasio Quiroga
Quínica farmacéutica.....	„ „	Miguel Puiggari (en ejercicio)
Enfermedades de mujeres y su clínica.	„ „	Enrique Bazterrica
Enfermedades de niños y su clínica.	„ „	Facundo Larguia y A. Piñero
Patología mental.....	„ „	Domingo Cabred

Padrino de tésis

Dr. D. Rafael Herrera Vegas

Art. 162 del Reglamento. La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

Señor Presidente:

Señores Académicos:

Apenas hará un siglo que por primera vez en Inglaterra, se agrupó en una sola seccion ó departamento á todas las mujeres embarazadas que se asistian en los hospitales comunes, dándose á dichos, seccion y departamento, el nombre de Maternidad. Estas secciones, unas veces, eran pequeñas salas comunicadas entre sí, ó un cierto número de camas en una misma sala.

En su época primitiva, que no sabremos fijarla con precision, porque corresponde al orígen de los Hospitales, y estos, á la necesidad de las clases pobres de las poblaciones; una embarazada que solicitaba la caridad pública, era recibida en cualquier enfermería y acostada, sin distincion, en una cama resultando muchas veces de este abandono, que dichas mujeres, despues del desembarazo, quedaban junto á una cama de enfermedades infecciosas, ó á otra que tenia profusas supuraciones, y en consecuencia eran afectadas de enfermedades febriles, violentas y contajiosas, de que eran víctimas. Atendiendo á que estas enfermedades mortíferas desarrolladas en las mujeres paridas, podian ser producidas por el contajio de los enfermos de las camas vecinas, se pensó en aislarlas.

Por manera que, podemos decir, que las Maternidades son establecimientos y servicios hospitalarios especialmente destinados al tratamiento de las mujeres de parto. Esta definicion no está conforme sinó con el desenvolvimiento perfecto á que ha llegado en el dia este género de establecimientos.

No me ocuparé en el presente trabajo de detallar los diferentes grados de perfeccionamiento por los que han pasado las Maternidades, desde la forma mas primitiva é imperfecta, hasta el tipo del establecimiento modelo aconsejado por los adelantos modernos de la ciencia y de la observacion, porque seria pasar de los límites trazados á este corto trabajo, entrando particularmente en las cuestiones de higiene que han suscitado apasionadas discusiones, aunque de grande interés para el sostenimiento de esta clase de establecimientos.

En la América Meridional, á escepcion de Colombia ultimamente, son dos los únicos sistemas de Maternidades, que obedecen todavía á los rudimentarios usos de la tradicion ó de la costumbre, sin las modificaciones deseables y exigidas por la ciencia para el caso—ellas son: Primero los servicios de partos comprendidos en un solo cuerpo de edificio con los Hospitales generales y que son los mas numerosos é imperfectos; y segundo los edificios aislados é independientes levantados para aquel único objeto.

Hay tambien pequeñas Maternidades que con mucha frecuencia suelen verse en casa de las *parteras*, y por último, vista la correlacion de la materia, el servicio de

partos á domicilio, es digno de tomarse en cuenta como una seccion independiente y distinta de las otras bajo muchos conceptos y merece enunciarse por ser especiales sus condiciones en cada caso particular.

Examinaré brevemente las ventajas é inconvenientes de cada uno de estos diferentes medios de hacer el servicio de los partos. En la apreciacion de cada uno de ellos, como se verá, no se persigue otro propósito que el de evitar los peligros de la infeccion puerperal, como el único enemigo implacable que amenaza á las mujeres paridas. En el dia, felizmente, se ha llegado á conocer con exactitud la infeccion y el contajio en estos casos, para poder prevenirlos con tiempo.

Cuando la célebre discusion de la Academia de Ciencias de Paris en 1858 se conmovió desde sus cimientos el edificio de las Maternidades amenazando ruina, porque allí cada uno de sus miembros demostraba palmariamente los evidentes peligros que resultaban del hacinamiento de las mujeres de parto en un solo local como una de las circunstancias mas favorables al desenvolvimiento de la infeccion. De allí resultaron protestas contra las Maternidades en unas partes, y en otras arrancaron vivas reclamaciones, á tal punto de que muchos médicos no han vacilado en pedir la supresion de estos grandes centros considerándolos como focos peligrosos de contagio. Pero, ya vemos que esas primeras impresiones y alarmas han pasado para dar lugar á los preceptos de higiene ejecutados con el mas severo cuidado como guardianes que impiden la entrada de esos organismos patógenos.

En la forma ó instalacion de una Maternidad, lo primero que se nos presenta á la vista, mas comun, y hasta podria decirse mas primitivo, es el servicio anexo á un Hospital comun de mujeres y algunas veces hasta á un Hospital mixto. En esta clase de servicios, ya forma cuerpo compacto con las otras enfermerías, ya tiene cierta independencia relativa con los otros servicios, ó ya forman un departamento aislado, que en este caso podria llamarse un Pabellon situado á 60 ó 100 metros de los otros Pabellones de enfermedades comunes; pero todos comprendidos en un solo servicio técnico y administrativo del establecimiento en general y haciendo parte de un solo cuerpo de edificio. En unos mas que en otros, resaltan claramente los inconvenientes de esta clase de Maternidades, cuyos innumerables peligros nos son bien conocidos para tratar de escudriñarlos en sus detalles mas pequeños; peligros que si en verdad puede evitar una buena higiene, tambien es cierto que tarde ó temprano pueden imponerse por la influencia de los Hospitales, salvando todas las previsiones. Á este respecto bastará tomar en consideracion las opiniones del profesor Semelweiss, de la Maternidad de Viena, en la parte que se ocupa de los Estudiantes que frecuentan anfiteatros y salas de parto, y la influencia evidente que ejercen los anfiteatros de los hospitales comunes, sobre las Maternidades adyacentes á estos.

Debo hacer notar que esta clase de Maternidades tiene diariamente tendencia á desaparecer para no construirse sinó las que enuncio á continuacion; esto no solo

en vista del interés profiláctico, sinó tambien social.

En la segunda forma de Maternidades, tenemos aquellas que son particularmente construidas para el objeto, en barrios ó sitios aparentes de una ciudad, con un personal técnico y administrativo, esclusivamente único como lo es el edificio.

Esta clase de establecimientos son los que mejor se prestan á armonizar con las exigencias de la ciencia; de ellos se pueden hacer fortalezas inespugnables al avance de los organismos patógenos, oponiéndoseles elementos de seguridad y resistencia.

Podemos decir que conocemos tres clases de este género de Maternidades que no difieren unas de otras sinó en un detalle de mucha significacion: unas solamente tienen sus dos secciones para embarazadas y puérperas; algunas fuera de estas dos secciones tienen otra destinada únicamente al aislamiento de las infestadas, seccion construida especialmente para evitar el contagio, independizando su servicio de un modo absoluto con relacion á las salas de parto; y por último la mas moderna, la mas excelente, la que podemos presentar como el tipo de una maternidad, es el Pabellon Tarnier, donde cada embarazada tiene una pieza ó cuarto para dormir, para parir y para pasar su puerperio, con un servicio esclusivo. El objeto de este servicio como se comprende, es tener aislada una enfermedad puerperal desde su orígen en un sitio reducido, sin peligro para las otras. Es cierto que la asistencia de esta clase de Maternidad exige un personal mucho mas numeroso que en las comunes.

La tercera forma de Maternidades que podríamos llamar bastardas ó más propiamente clandestinas, son las pequeñas casas de las parteras, donde en un número variable se asisten los partos con un fin ó interés puramente lucrativo. Entre nosotros esta clase de servicios deja mucho que desear aun que es cierto que las autoridades respectivas no se han preocupado de reglamentarlas estableciendo deberes y obligaciones, y creo que en este órden, en otras partes no está mejor.

Las conveniencias de esta clase de casas obligan generalmente á falsear los diagnósticos; así no es estraño ver consignadas en las estadísticas que presentan, casos de muerte por infeccion puerperal, tan frecuentes en estos servicios, con el diagnóstico de fiebre tifoidea. El Dr. Siredey sorprendió varias veces en el Municipio de Paris los datos falsos ofrecidos por dichas casas. Un punto que no debemos olvidar es que á estas casas asiste generalmente una clientela *absolutamente escogida;* son embarazadas que pertenecen á cierta escala de la sociedad que no quieren concurrir á las Maternidades comunes; y muchas de ellas, se ven obligadas á abandonar sus casas particulares buscando el abrigo de una partera, obedeciendo á consideraciones domésticas mas ó menos misteriosas y á exigencias sociales ineludibles, en resguardo de la tranquilidad de su honra. Están siempre dispuestas aún á los mayores peligros en cambio de ocultar sus debilidades, y en las parteras encuentran no solo personas dispuestas á encubrir sus faltas, sinó tambien á provocar un aborto convencional que queda

oculto entre los misterios de la casa, y muchas veces á la sustitucion del niño y aún al infanticidio mismo practicado en diversos momentos de la vida del niño.

Por estas consideraciones que son aceptadas en la opinion general y que constituyen un peligro para la vida y la moralidad pública, deberia tenerse estas casas bajo una vigilancia activa y severa, llámese Policia, Municipalidad ó Escuela Médica la que se encargase de ella; conózcase el verdadero movimiento que se hace en aquellas casas, por anotaciones y datos bien llevados.

Por último, tenemos otra forma de practicar los partos: es la que se verifica á domicilio. En estos, lo que mas varía es la conducta del médico, porque es muy probable tenga que descender desde la casa del acaudalado poderoso al cuartujo del proletario, y en cada una de ellas tendrá que dar un consejo señalado por las circunstancias de cada casa en particular. Si bien el contagio de las enfermedades infecciosas es mas fácil en los establecimientos donde se encuentran hacinadas mujeres de parto, tambien en la clientela á domicilio suelen desarrollarse, obligadas las mas veces por las circustancias de cada casa.

Han sido vehementes mis deseos de dedicarme circunstanciadamente al estudio comparativo de las diferentes clases de Maternidades, pero he tenido que resignarme á la estrechéz del tiempo con que he contado y la falta de tratados especiales que me sirviesen de consulta, reservándome cumplir aquel propósito, en una época próxima, cuando la visita de las Maternidades Europeas me

proporcione la ocasion de suministrarme datos mas prácticos.

Ofrezco, pues, á la consideracion y benévolo criterio del Señor Presidente y Señores Académicos, los siguientes puntos de observacion en la práctica de los partos: si mis apreciaciones, fruto de mi espriencia de practicante interno de la Maternidad del Hospital Rivadavia, llegan á satisfacer á la respetable Comision en el asunto que trato, estarán colmadas mis aspiraciones.

Entro en materia.

Prenéz—En este estado suelen presentarse con suma frecuencia perturbaciones complejas de carácter variado, que predisponen al organismo para graves accidentes que se manifiestan algunas veces en el momento del parto y otras generalmente en los dias siguientes. Para prevenirlas y evitar ulteriores consecuencias que llegarían hasta tomar la magnitud de la infeccion puerperal, puesto que se está conforme en que esta complicacion pueda alimentar sus raíces de predisposicion desde la época de la gestacion, debe prestarse la atencion mas delicada en el régimen individual y general de las embarazadas.

A este propósito, dice Chaussier, que no tiene necesidad de preceptos médicos la embarazada que no sufre mortificacion ninguna durante su preñéz. Ella debe continuar con su práctica habitual en la vida de labor cuidandose solamente de los excesos; sobre todo en los primeros y los últimos meses de su embarazo.

No es mi idea entrar en los detalles de estas perturbaciones, por cuanto ellas han pasado ya al dominio general, con la denominacion de higiene de las embarazadas, en las que, la presencia de cada caso exige una indicacion particular; y solo me detendré en ciertos casos

que tienen su campo de desenvolvimiento únicamente en las Maternidades.

Las mujeres que ordinariamente se encuentran en este género de establecimiontos, pertenecen casi en su totalidad á la clase mas pobre de la sociedad: mujeres que por sus condiciones especiales pasan una vida llena de miserias y privaciones; mujeres que han pervertido su sentido moral en ese medio indigente en que viven; y que atacadas de enfermedades, en particular sifilíticas, están incesantemente predispuestas á adquirir otras con una susceptibilidad particular. De estas y otras consideraciones análogas, tendentes á poner en relieve las malas condiciones personales de cada una de ellas, surgen indicaciones que, dirijidas con tino, están llamadas á prevenir cierto órden de resultados desagradables. Así, tenemos en primera línea, la eterna cuestion de la época del embarazo que habilita á la embarazada para ingresar á la Maternidad, en la que algunas son tratadas con tolerancia sin ninguna discusion y otras con severidad en la determinacion de períodos precisos que estatuyen disposiciones establecidas en los reglamentos de cada casa en particular: períodos que de una manera general se han fijado á partir de los siete y medio meses de embarazo, quizá en prevision de la frecuencia de los partos prematuros, poniendo ya á salvo la vitalidad del niño ó quizá á objeto de evitar permanencias largas en algunos establecimientos de beneficencia si se las recibe en épocas mas tempranas.

En algunas Maternidades muy célebres en la presente

época, no pueden ser aceptadas sinó en la última quincena. Este extremo es, por muchas razones, conciliable con los hechos prácticos.

Le Fort, Tarnier y el Jefe del Departamento de partos del Hospital Lariboisiére, opinan en términos juiciosos en sentido de la conveniencia de aceptar la entrada en las Maternidades en cualquier época del embarazo. Este procedimiento está en armonía can la calidad de gente que solicita nuestras Maternidades. No debemos olvidar que ella está mal alimentada, peor dormida y espuesta continuamente á accidentes que pueden perturbar su preñéz, hasta produciendo la muerte del niño, y tambien debemos siempre tener en cuenta que un parto tiene estrictamente el mismo valor que una operacion quirúrjica, y como tal, el médico está obligado á preocuparse incesantemente de colocar á su parturienta en las mejores condiciones para que ella pueda soportar las fatigas del trabajo, recobrar las pérdidas que se verifican durante la gestacion y hacer los gastos de la reparacion ulterior.

Un hospital para gente acostumbrada á vivir en la miséria, ofrece beneficios positivos en la cantidad y calidad de su alimentacion y mejoría absoluta en las condiciones higiénicas, apesar de que nunca la atmósfera que se respira en las salas de un hospital es perfectamente sana, pero esto mismo, al parecer impropio, tiene alguna ventaja; pues los prácticos observadores dicen que las mujeres que llegan al hospital en el momento mismo del trabajo son mas suceptibles al contagio, que aquellas que han podido permanecer en los últimos tiempos de su preñéz.

Por lo que respecta á otra clase de personas, es decir, á aquellas que se encuentran en buenas condiciones como para poder continuar gestando en sus casas é ingresar en el momento oportuno, me parece hasta de moral médica inclinarse en dar consejos en este sentido, porque, dicho sea de paso, y sin temor de aventurar una opinion, en los servicios de Maternidades anexos á hospitales donde las embarazadas tienen motivos de ponerse en contacto con las salas y personas de enfermedades comunes, es muy fácil recojan gérmenes patógenos para si ó para el niño, como en el caso que he citado al hablar de estas Maternidades mixtas.

Sobre la absorcion y desarrollo de elementos mórbidos en las embarazadas que habitan hospitales, Doléris ha ido mas lejos en sus observaciones: ha comprobado la presencia de micro-organismos infecciosos en las secreciones vajinales y uterinas de estas á pesar de que ellas no han presentado posteriormente accidentes infecciosos. De aquí se desprende una prudente indicacion, muy aceptable como precepto de práctica en el servicio de las Maternidades, y es de recurrir á las inyecciones vajinales antisépticas, particularmente en la última quincena, prodigando mayores atenciones á aquellas que han podido estar espuestas al contagio en tales condiciones.

Estas inyecciones debe hacerlas una persona práctica, porque es necesario vigilar con sumo cuidado la cantidad de agua empleada, su temperatura, direccion y fuerza del líquido que se inyecta, la eleccion de la cánula que ha de servir para colocar en la vajina y la naturaleza y

grado de la sustancia desinfectante que se usa. Si no se llenasen prudentemente cada uno de los detalles enunciados, nos veríamos sorprendidos de que con la primera inyeccion se ha provocado el parto por efecto de las irritaciones llevadas al cuello de la matriz, interrumpiendo de este modo el curso normal de la preñéz, lo cual no dejaria de ser desagradable.

En el dia, en todos los hospitales comunes, es práctica, someter al enfermo que recien entra á un baño tíbio con objeto puramente higiénico y solo despues de este cuidado preliminar ponerle los vestidos de la casa y acostarlo en la cama de una sala. En una Maternidad es mas fácil cumplir esto, puesto que se trata de una persona sana é inteligente en el uso de sus fuerzas físicas y los objetos higiénicos buscados se llenarian mejor. Estos baños podrian tomarse uno el dia mismo de su ingreso en la Maternidad, otro algunos dias despues y el tercero en los últimos dias anteriores al parto. La temperatura del agua no debe alcanzar á la del cuerpo y su duracion no pasar de diez á quince minutos bastantes para que pueda hacerse el lavaje del cuerpo.

Una práctica que siempre llevará números satisfactorios á los cuadros estadísticos de una Maternidad, es la de asegurarse de todas y cada una de las embarazadas que ingresan: la presentacion del niño, ya movible ya definitiva, y la capacidad normal ó anormal de la pelvis de la madre, cosas que se consiguen con suma facilidad: para lo primero es la palpacion abdominal sola la que dá nociones precisas y como medio de observacion se debe-

ria llevar un libro en una forma ordenada donde se anoten todas las particularidades de cada embarazada; para lo segundo será necesario recurrir á la mensuracion esterna por lo menos, completada por el tacto vajinal, que dará datos suficientes para pronosticar el desenlace de las cosas.

Sería sumamante desagradable y digna de severa censura que una parturienta en una Maternidad donde ha permanecido lo menos quince dias, ofrezca en el momento del trabajo una presentacion de tronco ó que un tumor intrapelviano antiguo reduzca los diámetros ó algun vicio de conformacion de la pelvis &., &., y que ninguno haya sido conocido por los que tienen obligacion. Para evitar estos contratiempos que no dejan de provocar vacilaciones en el ánimo del partero, es necesario responsabilizar á los empleados, que en estos casos serian los practicantes mayores, por haber descuidado estas observaciones que hechas á tiempo salvarian todas las dificultades, dando cabida á las previsiones segun lo exija la naturaleza de cada caso en particular.

Ademas de lo espuesto, deben prodigarse á las embarazadas otras atenciones de carácter secundario que carecen de significacion para anotarlas en la presente tésis y que se hallan comprendidas en el régimen higiénico que ordinariamente se observa en estos establecimientos.

Parto.—La llegada de este momento es esperada siempre con cierto temor de parte de la embarazada, á pesar de que ello viene á poner fin á muchas incomodidades y modificaciones tanto fisiológicas y morales que

ha producido en ella la gestacion. El parto es un fenómeno puramente fisiológico que la naturaleza sola se encarga de dirigir hasta ponerla á buen término. Durante su mecanismo se desarrollan con mas ó menos regularidad algunas leyes físicas: es una fuerza expultriz la que actúa en forma activa, es un canal resistente con una conformacion determinada, son partes blandas que tienen que distenderse grado por grado dando de toda su elasticidad hasta permitir el paso de los diámetros mas grandes del producto de la concepcion, y por último, es un cuerpo movible con formas determinadas, el que ejecutando diversos movimientos tiende sin cesar á acomodarse en las mejores condiciones para verificar su salida al exterior. Todo este trabajo complejo, apesar de que debe concluir bien por si solo, no por eso se dejará de vijilar atentamente desde un principio, para responder con toda precision de aquello que se aparte de la línea trazada por la naturaleza. Esto por lo que respecta al parto mormal, en el caso contrario la conducta que hay que observar es diferente y adecuada á la situacion especial.

He dicho anteriormente que la mujer en los últimos dias de su gestacion debe tomar un baño general tíbio. El cumplimiento de esta indicacion, servirá de base de garantía en la profilaxia del parto y de los dias siguientes.

Una vez que se tiene conocimiento de que una mujer de la Maternidad sufre dolores de parto y por la esploracion vajinal se ha convencido de que realmente hay es-

tablecido el trabajo de dilatacion del cuello uterino, entonces es necesario llenar las indicaciones siguientes:

Se la trasladará á las salas de partos á ocupar la pieza y cama de parir que se le destine, quedando en su propia cama en caso de que la Maternidad esté dispuesta de este modo; una vez allí se le hará tomar un baño de asiento antiséptico y con jabon, procurando prestar en este acto todo cuidado para lavar lo mejor posible los órganos genitales externos; despues se le practicará una inyeccion vajinal tambien antiséptica, cambiándole toda su ropa con otra limpia. Esta inyeccion vajinal antiséptica se practicará con las mas minuciosas precauciones de asepcia, particularmente la cánula que va á llevarse á la vajina y el agua de que se hace uso para dilatar ó entibiar deben estar perfectamente esterilizados; debe ser de bastante cantidad de agua, ejecutada con un chorro suave y abundante, pero siempre debe practicarse estando la mujer en decúbito dorsal con la pelvis levantada. Esta clase de inyecciones de tanto valor profiláctico en las Maternidades, puesto que en ellas se han encontrado organismos infecciosos en las secreciones vajinales de las embarazadas, no tendria la misma significacion en la práctica civil y con el baño de asiento se habrá llenado lo bastante. Hechos estos primeros cuidados, se pasará á atender el estado del recto y la vejiga y particularmente este último órgano, para evitar algunos inconvenientes sumamente desagradables que suelen producirse durante y despues del parto como los que

consigno en la tercera parte de este trabajo observados durante mi internado en la Maternidad.

No queda sinó esperar pacientemente el momento de la expulsion del niño, dejando á la mujer en la tranquilidad mas completa. Los exámenes frecuentes, el tacto vajinal repetido no pueden ser sinó peligrosos, sobre todo si son esploraciones llevadas por manos pocos diestras y sin utilidad inmediata.

Una vez la dilatacion completa y la presentacion encajada ó descendida, se la acomodará en la cama de parir, ya sea en la posicion inglesa decúbito lateral izquierdo ó ya en la posicion francesa decúbito dorsal. Esta última es la que mas ventajas ofrece, tanto para la enferma, como para la persona encargada de atenderla. En este caso suspendidos los vestidos por encima de la region lumbar se cubrirán completamente los miembros inferiores y las caderas con dos sábanas desplegadas, de manera á no dejar al descubierto mas que la parte estricta de los órganos genitales externos. Con esta práctica sencilla se consigue un triple objeto: en primer lugar, la persona encargada de dirigir el parto podrá evitar los frecuentes motivos de llevar su mano á la vulva ó vajina, porque con la simple vista se dará cuenta de la marcha de aquel, circunstancia evidentemente favorecida porque la mujer cubierta como está separará los muslos con toda confianza, lo cual no se consigue en el caso contrario de estar descubierta; en segundo lugar respetamos el pudor de la mujer, por mas que pertenezca á las capas inferiores de la sociedad, pero al fin mujer y susceptible

de ruborizarse como es natural; y por último la mantenemos todo ese momento mas ó menos largo, al abrigo de las impresiones del aire, moscas, etc., que teniendo los miembros descubiertos sería muy sensible particularmente en invierno, por mas que se caliente la atmósfera de la pieza destinada al parto.

Se ha hecho el parto, lo mismo que el alumbramiento, y todo ha concluido bien; es decir, se acaba de presenciar un parto normal ó fisiológico sin grandes padecimientos por parte de la madre. ¿Es conveniente en este momento, como se usa todavía en muchos Establecimientos, practicar una inyeccion intra-uterina de líquidos antisépticos?

Sabemos que Tarnier fué el primero que estableció este tratamiento en la práctica de los partos; á él siguieron compatriotas y estrangeros, y todos no tenian, despues de usar, sinó palabras de entusiasmo para esta innovacion preventiva en unos casos, como se le consideró, y de eficaz accion curativa en aquellos donde la infeccion puerperal se manifestaba. Pero no tardaron los mismo en convencerse que las inyecciones antisépticas intra-uterinas y vajinales, no llenaban su verdadera oportunidad sinó en aquellos casos en que realmente se necesitaba su accion, pero jamás en todos.

En cuanto á la etiología de las enfermedades puerperales, existe ya un acuerdo definitivo en creer que ellas son hetero-genéticas. Esta sola declaracion echa por tierra la idea de las inyecciones, dejando entrever en su lugar no poco peligro. A este propósito Maygrier dice, que las inyecciones antisépticas tienen una utilidad y

una eficacia incontestables, mientras existen fenómenos patológicos declarados despues de un parto normal ó distósico.

Merman, critica con los conceptos mas severos á los que ejecutan inyecciones despues de los partos normales y para probar su inutilidad dá como ejemplo la clínica de la Maternidad de Breisky, donde las mencionadas inyecciones están absolutamente proscritas y donde en 1454 partos habidos durante los años 1881 y 82 no ha tenido sinó dos casos de muerte por septicemia. Tænzen que dirije la Maternidad de Breslau, comunica que el primer año que usó las inyecciones antisépticas de bicloruro tuvo un caso de envenenamiento, el segundo año cuatro, y con este motivo recomienda grandes precauciones en caso de que sea necesario su empleo. D. v. Szabo que ha experimentado por su cuenta en la clínica de partos del profesor Kezmarszky de Budapest, refiere que en los años de 1882 y 83, sobre 612 paridas tratadas por inyecciones, murieron nueve, siendo siete de estas de septicemia. El mismo Szabo hace notar que no ha visto producirse fenómenos de intoxicacion y que el líquido empleado era menos que al $\frac{1}{1000}$, rara vez intra-uterinas y siempre practicadas por los mismos médicos. Por su parte Stadfeld, Lomer, Winter Vöhtz, Bokelmann y otros refieren casos aislados de infecciones puerperales y de intoxicaciones

En cuanto al peligro de las inyecciones intra-uterinas, él reside en el aire y elementos patógenos que penetran en la vajina, y por consiguiente en la hetero-infeccion ya

por el dedo del que maneja, ya por la cánula, ó ya por los otros utensilios y el agua, que jamás pueden reunir las condiciones requeridas de asépcia.

A este respecto, dice el profesor E. Hubert, muy juiciosamente: "Impedid el envenenamiento y no tendreis venenos que tratar."

Esto por lo que respecta á los elementos infecciosos que se pueden llevar, que por si solos son tan graves.

Hay otros peligros no menos temibles que merecen recordarse, tales son la entrada del aire en las venas abiertas del útero, la entrada del agua en la cavidad peritoneal al través de las trompas, y por último la intoxicacion mercurial, sino se tiene el cuidado de hacer la espresion del útero, inmediatamente despues de hecha la inyeccion.

Ahora bien; la inutilidad de las inyecciones antisépticas se probará con este solo argumento. ¿Deben llevarse sustancias antisépticas á puntos que no están infectos? El sentido comun lo dice que el rol del líquido antiséptico es falso, es completamente ilusorio en este caso. Es cierto que en la vajina de las mujeres de las Maternidades se han encontrado elementos infecciosos, pero el mismo Doléris consigna el hecho de que las mujeres en quienes observó no presentaron ulteriormente accidentes infecciosos lo que prueba que aquellos elementos tienden á desaparecer antes del parto, merced á las inyecciones vajinales que he indicado deben hacerse durante la gestacion y tambien la no infeccion en estos casos, viene en apoyo de la imposibilidad de la infeccion durante la

preñéz. Aún dado caso que se practicaran con toda seguridad, dichas inyecciones intra-uterinas, su resultado siempre se manifestaria ilusorio puesto que se trata de una gran superficie sangrante y que el líquido desinfectante no puede hacer el barrido de la cavidad uterina y vajinal, sinó á condicion de dejar, por lo menos, un poco mas limpio que antes: concluida la inyeccion quedan las cosas en el mismo estado que antes, sinó es peor, que es lo mas probable, sinó se han cumplido las condiciones para el caso requeridas.

Por las razones espuestas me resignaria con toda facilidad á desechar las inyecciones intra-uterinas llamadas antisépticas, por creerlas del todo inútiles y sobre todo peligrosas en todos aquellos casos de parto que terminan de un modo normal y su empleo lo aconsejaria como eficáz y esclusivamente importante, en los casos siguientes:

1° En todos aquellos en que se ha hecho una operacion obstetrical, sobre todo en aquella que parece tan sencilla é inocente, como es el alumbramiento artificial; 2° en los casos de hemorrágias *post-partum*, venidas inmediatamente despues del alumbramiento, para inyectar agua caliente mezclada de una sustancia antiséptica, con un fin determinado; 3° en casos de comprobarse retencion de fragmentos de placenta ó membranas en la cavidad uterina; 4° despues de un trabajo prolongado en que la mujer ha sufrido contusiones sérias por la permanencia prolongada de las partes fetales en el canal pelviano; 5° despues de un aborto de tres meses. En ei

primer caso deben hacerse las inyecciones intra-uterinas inmediatamente despues de verificado el alumbramiento y en los demas se subordinará á las exigencias de cada situacion en particular.

Puerperio—Concluida toda la escena correspondiente al parto, principia para la parida un nuevo período sumamente delicado, donde es necesario multiplicar los cuidados; este estado que se llama puerperal dura un tiempo más ó menos variable desde el momento siguiente al alumbramiento hasta que ha terminado el trabajo de involucion uterina.

Lo primero que hay que hacer, armonizando siempre con las ideas de la antisépcia que en la práctica obstetrical presta tan escelentes resultados desterrando por completo la infeccion puerperal, y tan luego que los órganos genitales externos han sido lavados cuidadosamente, es dejar aplicada sobre la vulva una compresa doblada en muchas dobleces hecha de un lienzo comun de una forma rectangular; treinta y cinco centímetros de largo por trece de ancho, sacada y lijeramente esprimida de una solucion tíbia de agua de bicloruro al $\frac{1}{1000}$; se la colocará por encima del puvis por uno de sus extremos y por el otro hasta las caras posteriores de los gluteos y region coxígea, de manera que comprenda las regiones puviana, vulvar, perineal y anal.

Esta práctica sencilla y del todo inofensiva presta servicios de incontestable valor profiláctico, bajo muchos puntos de vista: ella ejecuta el papel de una barrera infranqueable para los organismos infecciosos, próximos

á ingresar por las innumerables puertas que por motivos del parto han quedado abiertas. A este propósito me parece oportuno recordar las palabras de un práctico partero, que dice: "La mujer parida puede compararse á una plaza desmantelada, abierta por todas partes al enemigo". Efectivamente la gran herida uterina, sitio del desprendimiento de la placenta, las desgarraduras tan comunes en el cuello de la matriz y las que tienen su asiento en toda la mucosa vajinal y vulvar, desde la simple erosion hasta las estensas heridas contusas, son los únicos verdaderos puntos por donde se hace la infeccion, y no cuidar de ellas, sobre que se tiene este convencimiento, impidiendo la llegada de elementos patógenos, seria un error grave. La colocacion de estas compresas antisépticas, será, por cierto, de utilidad mas positiva, si se tiene seguridad de la existencia de soluciones de continuidad, como desgarraduras del periné, incisiones vulvares, etc, etc. Otra de las ventajas de esta práctica consiste en que los loquios en lugar de correr entre las ropas de la cama y sufrir diversas alteraciones perjudiciales, son recibidos y absorvidos por estas compresas vulvares, aptas para desinfectarlos ó por lo menos para evitar su descomposicion.

En el uso de este método no me parece demas indicar ciertos detalles: en una vasija enlozada se tendrá una solucion de bicloruro de mercurio al $\frac{1}{1000}$ lijeramente tíbia, las compresas préviamente lavadas y secadas á la estufa ó á la plancha comun, se tendrán sumerjidas en

este líquido. Para usarse se esprimirán lijeramente y se renovarán en la primeras horas siguientes al parto, cada una hora á lo mas, y en lo suscesivo unas seis veces al dia. Juntamente con esto se hará el lavaje de los órganos genitales externos, estrictamente en la mañana y la tarde, y durante el dia cuando la enferma ha orinado ó defecado. En esta práctica del lavaje se hace uso de un utensillo chato que estando la enferma acostada se coloca cómodamente bajo de las caderas ó pelvis; en otro utensillo se tendrá á la mano el líquido antiséptico tíbio y con unos pedazos de algodon que hagan las veces de esponja se lavará de arriba á abajo, de las partes inferiores del abdómen hácia el periné. Concluido esto se cambiará la tohalla ó salea puesta bajo de la pelvis de la enferma, completando como es consiguiente con la colocacion de la compresa antiséptica sobre la vulva.

A menudo se deja la ejecucion de estos detalles á *asistentas*, á *parteras* ó á personas que se encargan del cuidado de esta clase de enfermas que en otros países llaman *esperimentadas.* Es necesario no olvidarse que á estas personas no guia otro tino que la rutina ciega, dispuestas siempre á equivocarse y olvidando con suma facilidad el cuidado de limpieza que se debe á las puérperas en su ropa, cama etc, que es de tanto valor en estos momentos y no solo eso, sinó que aquellas hasta pueden contrariar por negligencia las instrucciones del práctico partero. A este propósito. dice el Jefe de la Maternidad de Breisky, Mermann, que uno de los inconvenientes graves para instituir como práctica ordinaria, particularmente

en los casos de partos normales, las inyecciones intra-uterinas y vajinales, es que ellas son comunmente practicadas por *asistentas* ó *parteras* cuyas manos no están siempre en condiciones de legítima asepcia, á pesar de que estas tienen obligacion de conocer todos los escrúpulos de la antisepcia. En apoyo de este concepto tenemos la observacion de Mayor, de los accidentes mas frecuentes en las puérperas que ocupaban las últimas camas de la sala, aun fuera de todo foco epidémico, por la única razon de que las enfermeras ó parteras llegaban á ellas con las manos sucias por los detritus provenientes de las otras enfermas. Así es que, este mismo cuidado, al parecer tan sencillo, no está exento de peligros sinó se tiene los mas rigurosos preceptos de antisepcia.

Respecto á las inyecciones vajinales simples que suelen practicarse ordinariamente con la mas buena intencion profiláctica, en esta misma época del puerperio, consecuente con lo que vengo discutiendo al hablar de las inyecciones intra-uterinas en los casos de partos normales, no tendria escrúpulo en declararlas, como estas, inútiles y peligrosas. Si no se han reunido las circunstancias que he indicado mas adelante, que autoricen debidamente el uso de las mencionadas inyecciones, ¿para qué desinfectar puntos que no están infectos é infectados? Me parece, es cierto, de prudente precaucion, practicar inyecciones vajinales antisépticas, en todos aquellos partos laboriosos que han durado muchas horas, sobre todo en su período expulsivo; pero en los partos sencillos es injustificado su uso, puesto que con los paños y los

lavajes vulvares antisépticos bien ejecutados se ha llenado el fin profiláctico que se persigue.

Ahora bien, si es que se han de practicar las mencionadas inyecciones, con este ú otro motivo, debemos seguir los cuidados siguientes:

Debe tenerse en un lugar apropiado depósitos de suficiente capacidad que contengan agua esterilizada por la ebullicion prolongada, debiendo conservarse al abrigo del aire, renovándose cada dia si es posible. Esta agua se hará uso fria para entibiar la que vá á servir para las inyecciones ya mézcladas con una solucion de bicloruro. El mejor medio de practicarlas es por medio de un tubo largo de cautchu que provenga de un depósito suspendido de tres ó cuatro metros del nivel del suelo, teniendo en el otro extremo un robinete que sirve para cortar el chorro en caso necesario, adaptándose á este el tubo ó cánula que ha de penetrar en el conducto vajinal, el cual debe ser de celuloide, que segun Budin, que es el primero que ha hecho construir de esta sustancia y aplicado á la práctica de los partos, goza de las siguientes ventajas: tiene una elasticidad apropiadada al caso; puede adaptarse mejor á la curva de los órganos; tiene cierto grado de transparencia; puede ser permanentemente colocada en diferentes soluciones antisépticas de bicloruro, ácido fénico, ácido bórico etc, sin que sufra alteracion ninguna, Esta última propiedad, sobre todas, es muy digna de utilizarse sobre todo en las Maternidades, porque con ninguna otra sustancia se consigue esta gran ventaja de hacer con seguridad la asepcia, al menos que yo conozca:

fuera del vidrio que lleva los peligros de calentarse con facilidad y de romperse al menor descuido dentro de la vajina.

En este mismo período puerperal, es de suma significacion atender el régimen alimenticio, porque el bien dirijido ha de llevar material bien abundante al organismo general de la enferma para reemplazar las pérdidas que se han operado; y todavia si llevamos la mirada al útero, en particular, para ver el resto de trabajo que aún le queda por verificar, estaremos mas autorizados, porque aquel fenómeno no se hará completo y con una marcha activa, si es que la constitucion de la enferma se mantiene débil.

El Jefe del Departamento de partos del Hospital Larivoisiere, dice que no se debe temer alimentar á las puérperas desde el principio, porque con ello se consigue el mejor medio de facilitar el trabajo de reparacion. Si ellas están abatidas por las pérdidas abundantes, se puede acompañar á una buena alimentacion una cantidad suficiente de aguardiente, para levantar las fuerzas lo mas rápidamente posible.

El profesor de Louvain, E. Hubert, hablando de la higiene de las paridas, se expresa en los siguientes términos: "Se principia con razon á abandonar la severidad escesiva del régimen al cual se sometia, y se somete aún en ciertas escuelas, las recien paridas. La mujer parida es una herida pero no una enferma: es una mujer fatigada por el trabajo, debilitada por la gestacion, por la sangre perdida y que tiene necesidad de nutrirse: 1° para el trabajo d

reparacion que se opera en el útero; 2º para el trabajo de secrecion y de gasto que se hace por las mamas. Se la ha comparado á un herido: lo cual está probado (Estadísticas de Malgaigne de retirada de los Estados Unidos) que la mortalidad en los heridos está en razon directa del rigor en el régimen que se les impone. En esta virtud, ¿por qué someter á la mujer al suplicio y, en tiempo de epidemia sobre todo, á los peligros de la inanicion, para evitar la indigestion que sería grave? Para salvar este peligro no se le dén sinó alimentos fácilmente asimilables y por pequeñas cantidades á la vez."

Los alimentos que se eligen para el objeto deben ser sustanciosos y de digestion fácil, entre estos la leche á gusto de la enferma y el buen vino deben ser la base principal. Despues de las cuatro ó seis primeras horas que la enferma utiliza para descansar de su penoso trabajo, se le puede administrar un caldo lijero, y despues se principiará con alimentos sólidos como una carne asada, carne de aves, huevos ligeramente cocidos etc., etc.

En la Maternidad del Hospital Rivadavia, hemos empleado este régimen desde el dia siguiente del parto, con algunas mujeres de constitucion débil, con las que habian sufrido por motivos de la gestacion y el parto; y en todas ellas he tenido la ocasion de observar un puerperio feliz, aún sin ninguna alteracion de parte del aparato digestivo, verificándose el trabajo de involucion uterina en la forma mas rápida.

Emmet, en su tratado de ginecología hablando de la sub-involucion uterina, concluyentemente declara que este

estado no es sinó el resultado de una perturbacion nutritiva y que en la mayoria de los casos la sub-involucion y la nutricion defectuosa, por falta de una buena alimentacion, no son sinó el efecto de una misma causa. Simpson, al ocuparse de esta misma materia, dice, que una defectuosa alimentacion en las recien paridas, produce la suspension en el trabajo de involucion con todo su cortejo de fenómenos consecutivos.

Casos prácticos observados durante mi internado

Durante mi internado en la Maternidad del Hospital Rivadavia, he tenido la buena suerte de observar muy circunstanciadamente, bajo la direccion del sobresaliente ginecologista, partero hábil, Dr. Samuel Molina, actual Profesor de Obstetricia, varios casos prácticos que por su singularidad han impresionado mi espíritu y cuyo conocimiento puede servir de norma en análogas emergencias.

Ellos son:

1° DECOLACION EN UN CASO DE PRESENTACION DE TRONCO QUE POR SUS CONDICIONES PARTICULARES ALEJABA LA IDEA DE TODA OTRA OPERACION.

En este caso, que autorizado por todas las circunstancias que lo rodeaban, tuvo que concluirse por esta forma de operacion, hay un detalle en el Manual Operatorio digno de conocerse por sus ventajas de aplicacion práctica. Se trata de la colocacion precisa de la cuerda encargada á decapitar el cuello del niño; pues no es indiferente dejarla en el punto que cae obligada por las dificultades de la colocacion. Así lo comprendió el Jefe de la Maternidad y nos lo habia dicho con anterioridad que en esta operacion, estando el niño á término, la dificultad mayor

se encontraria en el último período de la estraccion de la cabeza y que para obviar en todo lo que sea posible este inconveniente procuraria llevar la cuerda á los límites inferiores del cuello y seccionar, dejando toda la longitud de este, de manera que sirviese como un pedículo resistente que tomado con una fuerte pinza saliese al exterior; ó, si esto no era posible, sirviese como medio de hacer fija la cabeza y aplicar de este modo las ramas del forceps. Así fué en realidad, como se verá mas adelante. He tratado de poner de manifiesto este detalle, porque la embriotomía de los mas célebres prácticos no dá reglas precisas sobre el particular y se reduce cuando mas á mostrar las dificultades de la extraccion de la cabeza que ha quedado sola en la cavidad de la matriz.

Para mayor inteligencia y conocimiento de todos los menores detalles en esta operacion, no puedo menos que trascribir íntegra la comunicacion que en época oportuna dirijí al "Circulo Médico Argentino", que dice así:

SOBRE UN CASO DE DECOLACION

Recomendada por cuatro médicos de la Capital, ingresó á la Maternidad, en la noche del 25 de Junio, á horas ocho p. m., Maria Barum.

Comprendiendo de lo que se trataba, la destinamos á cama la especial de partos, en la pieza adyacente al salon de puérperas. Tan luego que se pudo se la examinó, notándose con claridad las circunstancias especiales en la que habia colocado un parto imposible de verificarse

sin ayuda del arte con manos inteligentes. La situacion que se nos ofrecia en aquellos momentos se detalla como sigue:

Dos cosas impresionaban vivamente nuestros sentidos: en primer lugar, un olor ínfecto, propio de elementos orgánicos en trabajo de alteracion; y en segundo, la prosidencia de un miembro fuera de la vulva que sin dificultad comprobamos ser el brazo izquierdo, limitado en su tercio superior. Este brazo llevaba al nivel de la muñeca una ligadura de cinta con cabos de 8 á 10 centímetros de longitud, presentaba una coloracion amoratada intensa, siendo aún mayor al nivel de la articulacion del codo, donde ademas de este carácter, se encontraba circunferencialmente desprendida la epidermis, la cual caia arrollándose en forma de colgajos sobre el antebrazo. Todo él estaba tumefacto, ofreciendo al tacto la sensacion de pastocidad y reblandecimiento característicos de tejidos en descomposicion.

Juntamente con el miembro prosidente, se encontraba una cinta ó cordon blando de un color rojo oscuro sembrado de nudosidades, aplastada de delante á atrás, caída sobre el periné con una longitud de seis á ocho centímetros; era el cordon umbilical que llevaba una ligadura en su extremidad.

Los órganos genitales esternos de la madre revelaban sin interrogar los múltiples y graves trastornos anatómicos de que eran asiento. La vulva, considerablemente aumentada de volúmen, estaba deforme, producida por una infiltracion sanguínea y edematosa. La piel del

lábio derecho presentaba una coloracion negruzca que se estendia hasta el pliegue de la ingle del mismo lado, siendo aún mayor sobre el isquion correspondiente, donde se notaba que allí habia obrado una gran fuerza mecánica. El periné participaba de los mismos efectos de la accion traumática, pues desde la horquilla vulvar hasta el ano, era todo un color negro, completamente engrosado, convexo y saliente hácia abajo, comfundiéndose adelante sin límite de demarcación con los rodetes edematosos de los lábios mayores.

Entreabriendo los lábios, se notaban manchas equimóticas particularmente sobre el lábio derecho y mitad inferior.

Avanzando mas profundamente y de arriba abajo, se notaba la ausencia completa del clítoris, encontrándose en su lugar una superficie irregular, que correspondía á una desgarradura; el meato urinario habia desaparecido y solo buscando mas posteriormente sobre la pared vajinal en puntos donde existian tambien bridas carnosas desprendidas irregularmente, se encontraba el orificio accidental á una distancia de $1\ ^1/_2$ á 2 centímetros. En las partes laterales de la vajina, siempre á la derecha, la desorganizacion era mayor: se notaban colgajos de distintas formas y tamaño, particularmente uno muy grueso que en forma de puente se dirijia de arriba abajo y algo oblícuamente de delante atrás. Dicho puente estaba formado esclusivamente por las capas internas de la pared vajinal. De un punto mas profundo que el anterior se veia avanzar un manojo grueso de aspecto

carnoso, que en un principio creimos era el otro estremo cortado del cordon umbilical, pero luego nos convencimos de que se trataba siempre de tejidos vaginales. Como es consiguiente, toda esta superficie sin vestijio de su primitiva mucosa, presentaba una coloracion característica de tejidos en profunda desorganizacion. Despues del exámen de estos hechos culminantes que herian nuestra vista, pasamos á hacer el diagnóstico de la presentacion y posicion. Comenzamos por la palpacion, la que nos dió datos bastante oscuros por el estado de contraccion rígida en que se encontraba el útero y las paredes abdominales; sin embargo, pudimos distinguir la cabeza sobre la fosa ilíaca izquierda y los piés estendidos en el fondo de la matriz.

Aquí me toca señalar un carácter particular que presentaba la forma del abdómen á la simple vista; pues, segun ella, estábamos al frente de una forma dada por las presentaciones de vértice ó nalgas y menos de tronco como era el caso presente.

Es muy probable que al principio del trabajo del parto no era la misma, y quizá maniobras poco diestras para hacer la version, llevaron la pelvis y los miembros, de la fosa ilíaca derecha, de su primitiva posicion, hácia le fondo del útero.

Continuando siempre con el exámen externo, compro-bamos la ausencia completa de los movimientos activos del feto, y á la auscultacion, falta completa de todo ruido fetal.

Llevamos nuestro exámen á la cavidad uterina, y an-

tes de avanzar mucho la mano exploradora en el conducto vajinal, encontramos completamente encajado el hombro del miembro prosidente, el cual habia perdido sus relaciones con el tronco, seguramente debido á fuertes tracciones verificadas sobre él. En la misma región hácia la izquierda y adelante, se sentia una eminencia delgada muy saliente, que por su forma y relaciones anatómicas nos convencimos ser la clavícula, desprendida de su articulacion external.

Tratando de avanzar un poco mas profundamente, encontramos mucha dificultad, porque la presentacion fuertemente encajada y las contracciones tetánicas de la matríz, no permitian pasar la mano mas allá del ángulo sacro vertebral; pero siempre nos pudimos dar cuenta exacta de la posicion del feto: encontramos la cabeza en la fosa ilíaca izquierda, el dorso hácia atrás y la pelvis dirijida con los miembros estendidos en el fondo de la matríz; de manera, pues, que estábamos al frente de una presentacion de tronco, en primera posicion de hombro izquierdo.

Los datos que nos dió la enferma y la persona que la condujo, son como sigue:

Maria Baruni se hallaba en el noveno mes de su embarazo, italiana, de 40 años de edad, primípara. Sintió los primeros dolores el dia anterior 24, á horas 7 a. m. habiendo sido visitada por una partera. Durante esa misma noche los dolores se hicieron más frecuentes é intensos, habiéndose llamado con dicho motivo á la misma partera en la mañana del dia 25, la cual despues de

haber practicado el tacto vaginal, declaró á los interesados se trataba de un parto difícil con prosidencia de un miembro, haciéndose necesaria la presencia de un médico.

Dos médicos se reunieron en consulta y resolvieron intervenir, habiéndolo hecho desde las 8 a. m. hasta las 11 a. m. con instrumentos que segun esplica el esposo han debido ser el gancho romo y una rama del forceps.

Despues de estas tres horas de tentativa sin resultado ninguno, se resolvieron retirar para volverse á reunir á horas tres p. m. del mismo dia, con objeto de hacer nuevas tentativas. Llegada la hora señalada, y con los mismos instrumentos de la mañana, practicaron otros esfuerzos que duraron por el tiempo de dos horas. Pasadas éstas y en la imposibilidad de concluir con aquella situacion tan difícil y en compañia de otros dos médicos mas resolvieron remitirla á la Maternidad del Hospital Rivadavia.

Así es que teníamos un parto que habia comenzado hacía treinta y siete horas, la bolsa de las aguas se habia roto hacía 25 horas y se habia intentado su extraccion por el espacio de cinco horas, respondiendo con seguridad los graves desórdenes que he anotado mas arriba en los órganos maternos, á aquellas manipulaciones mal dirijidas, haciendo comprender claramente que se practicaron *ensayos desesperantes y tenaces por concluir de cualquier modo.*

En el caso presente, y teniendo en vista la imposibilidad de verificarse el parto, ya por la version ó evolu-

cion espontánea, ó ya por la version prodálica, las dificultades que contraindican, como teníamos al frente, derrame completo del líquido amniótico, contraccion tetánica del músculo uterino que actuando directamente sobre el feto habia ocasionado el encaje completo, impidiendo por este motivo la introduccion de la mano, primera condicion para verificar una version; y por último, teniendo en consideracion la muerte de la criatura y el agotamiento de fuerzas en que se encontraba la madre para continuar mas tiempo sin peligro de su vida; de todo esto no surjia sinó una indicacion, y es la conclusion inmediata por la decolacion ó la evisceracion si fallara lo primero. Nuestro Jefe de la Maternidad, el Dr. Molina, con la precision de su espíritu habituado á esta clase de contratiempos, se decidió á practicar la decolacion.

Se encontraban presentes en este momento la Señorita Rosa Pawlowsky, interna de una de los pabellones de Medicina, muy interesada y entusiasta por este género de novedades; y el distinguido estudiante, Manuel Dellepiane, interno del pabellon de Cirujía que fué encargado de la administracion del cloroformo, habiéndosele recomendado llevára su accion hasta la relajacion completa, porque las contracciones tetánicas suscesivas del útero dificultaban maniobrar con facilidad.

El manual operatorio fué sencillo y de breves momentos de duracion apesar de la magnitud de la operacion.

Sirviéndose del gancho de Wasseige se colocó una cuerda fuerte en el cuello del feto y para protejer los órganos maternos de los movimientos de vaiven de la cuerda

hizo uso de valvas de Sims, en lugar de un especulum cilíndrico como está indicado, porque el miembro prosidente considerablemente tumefacto llenaba el orificio vajinal, imposibilitando el uso de este instrumento. En menos de dos minutos la decapitacion se habia verificado. Pasóse á extraer el tronco y apenas se ejecutó una débil traccion sobre el miembro prosidente, se desprendió por completo, mostrando en el punto desgarrado la clavícula y el homóplato. Este incidente vino á confirmar lo que he hecho notar mas arriba, respecto de que el brazo prosidente estaba desprendido del tronco; el Dr. Molina tambien nos lo hizo notar con anterioridad. Perdido este medio de traccion, llevó el gancho romo é introduciéndo por la abertura superior del toráx, pasó el extremo por el sesto espacio intercostal, y al mismo tiempo que ejecutaba las primeras tracciones sobre el gancho, arrancó con la otra mano el brazo derecho del feto, completando de este modo la fácil extraccion del tronco. En este momento sentimos un olor putrefacto bastante insorportable.

Una vez fuera el tronco, quedaba la parte mas difícil: extraer la cabeza susceptible de gran movilidad en una cabidad ámplia. Aquí me toca hacer notar el concepto brillante que tuvo el doctor Molina para salvar este inconveniente, cuando praticaba la decapitacion del cuello, al llevar la cuerda que debia seccionar la cabeza, á los límites inferiores del cuello que en forma de pedículo sirviese para sostener fijamente la cabeza ó aún para extraerla.

Los prácticos, sobre este particular, no nos dan reglas bien claras; por esta razon se ha hecho muy difícil esta parte de la operacion; pero en el caso presente, con la innovacion sencilla y del todo práctica, se hizo fácil.

El Dr. Molina se valió de una pinza fuerte de pólipos y con ella tomó fuertemente de la gran superficie que presentaba el cuello, despues de relacionar convenientemente la buena direccion, ejecutó tracciones que dieron por resultado la salida de la cabeza.

Todo estaba hecho y antes de un minuto, mas el alumbramiento artificial se verificó sin ninguna hemorragia.

Una vez concluido todo, se practicaron lavatorios antisépticos intra-uterinos con el mayor esmero, y tan pronto como la arreglamos en su cama, notamos en la enferma pequeñéz é irregularidad en el pulso, enfriamiento general y sudores frios; cuadro que nos hacia preveer una muerte próxima, como suele suceder en casos de un esceso de sufrimiento.

Inmediatamente practicamos tres inyecciones subcutáneas de éter, fricciones y bebidas estimulantes, habiendo conseguido mejorar esta situacion. En este momento era la 1 y 40 a. m.

El mismo dia 26, presentó la enferma condiciones relativamente buenas; tenía un pulso regular que batía con energía alcanzando á 80 pulsaciones, verificándose el resto de las funciones sin novedad notable, á escepcion de la urinaria en lo que se relaciona á la mixion. Como hice notar anteriormente, al describir la destruc-

cion de que eran asiento los órganos maternos, la uretra en forma de canal estaba abierta en la vajina, siendo difícil encontrar el orificio accidental, y al dia siguiente se hizo aún mas porque los tejidos uretro vajinales completamente esfacelados se deeprendian en forma de filamentos negruzcos, dejando la uretra abierta hasta una estension de unos cuatro centímetros. La destruccion de la vitalidad de los tejidos habia ido mas profundamente; todo el conducto uretral hasta el cuello de la vejiga estaban comprendidos, hecho que lo comprobamos en la necropsia, confirmando la razon porque la enferma habia perdido la sensibilidad vesical; pues estando el cuello en aquellas condiciones no podia trasmitir sus impresiones á los centros reflectores y por este motivo la orina se acumulaba en la vejiga para no ser expulsada sinó por el cateterismo que lo practicábamos muchas veces al dia.

Al dia siguiente se presentaron nuevos síntomas que imprimieron todo su carácter de gravedad: dolores en la region hipogástrica con sensibilidad á la presion dijital; diarrea serosa bastante frecuente; pulso pequeño, veloz é inrregular: el cuadro térmico nos reveló una temperatura de 40^0 6. Se le hacen mayor número de inyecciones antisépticas intrauterinas, alternando con soluciones de bicloruro, ácido bórico y ácido salicílico, completando cada lavaje con una aplicacion tópica de una solucion etérea de yodol. Como tratamiento interno toma una pocion astrinjente, quinina á alta dósis, caldos y vinos.

El tercer dia de la operacion se acentuaron más los

síntomas abdominales; hay elevacion abdominal por neumatosis intestinal con náuseas y ansiedad epigástrica; la cefalalgía es intensa, habiendo ascendido la temperatura en la mañana á 40° 7.

En los órganos genitales externos se notan con mas claridad los límites de las partes que han perdido su vitalidad. Estas tienen una forma irregular, comprendiendo desde los dos tercios inferiores del lábio mayor derecho hasta una porcion de la piel del muslo del mismo lado, toda la region isquiática derecha, todo el periné hasta el ano y un tercio inferior del lábio mayor izquierdo. Estos puntos señalados presentaban todos los caractéres típicos de la gangrena. Es suficiente este espectáculo, aún sin buscar las partes internas y sin poder contener un grito de indignacion, para comprender fácilmente el grado de accion mecánica empleada por los SS. médicos, los primeros que intervinieron y causaron destrucciones tan estensas, profundas y graves.

En muchas ocasiones al practicar lavatorios teníamo que desprender con las tijeras largos colgajos de un color negro y reblandecidos, que unos salian de muy profundamente y otros solamente de las paredes vajinales. Tambien veíamos en los líquidos que volvian despues de bañar el interior de la cavidad uterina, detritus negruzcos en abundancia y de distintas formas. Con este motivo ya sospechábamos la naturaleza de destruccion estendida hasta la superficie interna de la matriz.

Momentos antes de las 6 p. m. del dia 28, tercero de la operacion, descendió la temperatura á 40° 3, no-

tándose incoherencia en los actos intelectuales, el pulso filiforme y estremecimiento general particularmente en los miembros superiores, habiendo muerto á horas 9 y 10 p. m.

Con vivo interés practicamos la necropsia; así nos lo inspiró el caso desde un principio, para hacernos cargo analizando las destrucciones de que eran asiento los órganos internos.

Abierta la cavidad abdominal encontramos el útero bastante voluminoso, alcanzando su fondo hasta el nivel umbilical. Notamos la presencia de tres pequeños tumores fibrosos; uno de ellos del tamaño de una nuez, ofrecia en su parte central un principio de reblandecimiento purulento. Todos estos se hallaban en el fondo y cara posterior de la matriz. Con objeto de darnos mayor comodidad, desprendimos el útero cortando la vajina cerca de su abertura vulgar. Una vez fuera, practicamos un corte longitudinal desde la porcion vajinal hasta el fondo del útero, siguiendo una línea media en la cara anterior.

Puestas al descubierto las partes internas, vimos que todo, vajina y útero, estaban cubiertos de una papilla negruzca en diversas formas de desprendimiento. En la vajina comprendia casi la totalidad de sus paredes; en el útero habian puntos donde la gangrena comprendía hasta un centímetro de espesor, infiltrándose en medio de su tejido en forma de pequeños puntos negros.

De la uretra no habia quedado sinó cerca de un centímetro de longitud en su porcion vesical; el resto de este

conducto se habia desprendido prontamente con los tejidos vajinales, y aún aquel pequeño resto debia tener el mismo porvenir, pues lo encontramos con caracteres gangrenosos. Abrimos la cavidad de la vejiga y hallamos en todo su fondo, y especialmente en el trígono vesical manchas de una coloracion violada oscura y rojas que avanzaban debilitándose en las paredes. Toda la pequeña zona del cuello ofrecia tambien los carácteres de la mortificacion de que sufria la uretra.

Sin ir á analizar mas minuciosamente la estension de los desórdenes de aquel aparato tan importante, convertido por el momento en una masa informe de detritus gangrenoso, nos detuvimos para hacernos la reflexion sigiente: Maria Baruni ha tenido suerte en morir, salvándose de largos y penosos padecimientos. Es suficiente imajinarse el trabajo de eliminacion de las partes mortificadas, para darse cuenta de los desórdenes anatómicos y funcionales que habria producido á la larga.

Julio, I° de 1887.

Isáac Aranibar

Interno de la Maternidad

II. UN CASO DE PARTO EN UNA MUJER CUYO CUELLO UTERINO ESTABA AMPUTADO EN SU PORCION SUPRA-VAJINAL

Esta embarazada, conocida ya de nosotros, porque el Dr. Molina un año antes le habia practicado la amputacion del cuello uterino *in-toto* en su porcion supra-vajinal,

se encontraba sumamente mortificada en los quince dias últimos de su gestacion; su sufrimiento consistia en dolores constantes y fijos en las rejiones lumbar, sacro-coxigea y particularmente por encima del puvis. Algunas veces la enferma esplicaba su dolor gráficamente en forma de cintura.

Llegó un momento que nuevos dolores por su violencia mas aguda, su duracion corta y su forma intermitente, la exasperaron mas; porque estos sobresalian á los otros que con carácter constante venia sufriendo desde muchos dias antes. Por esta inconstancia sospechamos se trátara de fenómenos iniciales de parto, y para convencernos la examinamos por el tacto vajinal á objeto de averiguar el estado de aquel cuello uterino accidental: de nuestro exámen sacamos los datos siguientes: la abertura que correspondia al orificio del cuello era pequeña, apenas podía introducirse la yema del dedo; tenia tres hendiduras, dos de ellas dirijidas á la izquierda transversalmente, y la tercera arriba y á la derecha y estos contribuian á dar á aquella abertura una forma muy irregular: los bordes que se podian apreciar con bastante claridad, eran redondeados, gruesos y resistentes, debian ser necesariamente de tejido cicatricial; la union de la vajina al útero, era sumamente rara ó por lo menos nos daba una sensacion particular, la estremidad uterina de la vajina tomaba participacion en la formacion de aquel orificio, parecia que lo que se tocaba en los bordes era puramente tejido vajinal, ademas se notaba que el conducto vajinal se hallaba estrechado en este punto como

si se hubiese verificado algun trabajo de retraccion. La presentacion que era de vértice actuaba directamente aplicada sobre este punto.

Ocho horas despues de este exámen el estado de las cosas era el mismo, los dolores siempre en cada contraccion mas violentos, las membranas se habían roto prematuramente y el líquido amniótico se derramaba; en vista de todo esto, el Jeje de la Maternidad ordenó se practicára la dilatacion artificial de una manera lenta y paulatina con los dedos introducidos, prévia la anestesia local con una solucion de cocaina. Así fué, con alguna dificultad pudimos introducir la tercera falange del dedo índice y nos servimos de este para moverlo en distintas direcciones y despues de no poco momento de esta maniobra, conseguimos introducir dos dedos, índice y medio; bajo la accion de estos ya se tenía la comodidad y seguridad de hacer una dilatacion regular. Despues de cinco horas de este trabajo, la dilatacion alcanzaba al diámetro de una moneda de peso fuerte. Una vez llegada á este grado, la dilatacion no avanza una línea más, á pesar de que un tiempo igual que el anterior se empleó en la operación; y como se juzgase prudente no insistir mas en ella, se la reemplazó con una pelota de Gariel de la que esperábamos que obrando como una verdadera bolsa amniótica, puesto que la natural no existía, ejerciese una accion suave pero contínua hasta proporcionar el paso de los diámetros fetales. Nuestros temores vehementes para no apresurar una dilatacion forzada, y concluir de una vez con aquella situacion, era provocar en

aquel tejido cicatricial del cuello una desgarradura tan estensa que llegase á comunicar ámpliamente con la serosa peritoneal; accidente que hasta cierto punto nos parecía difícil de evitar, vista la nueva disposicion anatómica de las partes que entraban en juego y que una vez producido era de fatales consecuencias. Por otra parte no podía dejarse mas tiempo aquella situacion porque la madre agotaba sus fuerzas con sus sufrimientos constantes que ya alcanzaban á 31 horas y tambien el niño por la rotura prematura de las membranas y derrame consiguiente de líquido, podía principiar á sufrir con las dificultades y peligros existentes para la madre, y bien podía morir en poco tiempo sin poder atendérsele. En este momento de pequeñas vacilaciones y prévio un minucioso exámen hecho por el Jefe de la Maternidad, se resolvió practicar sobre aquel cuello ríjido que no cedía á la dilatacion, un múltiple número de incisiones, á objeto de que todas contribuyesen á un resultado comun, sin que ninguna cediera lo bastante como para una estensa desgarradura. Las mencionadas incisiones, despues de anestesiado el cuello con una solucion de cocaina al $\frac{20}{100}$, fueron practicadas con las tijeras de Couchemeister. Terminada la última incision que debia haber sido la séptima ú octava, se notó que la dilatacion era mas ámplia, pero aún nó lo bastante para dar el paso franco á la cabeza fetal. Llegada á esta situacion y tratando de aprovechar este estado de anestesia del cuello, se aplicó el forceps para buscar el doble fin de aumentar la dilatacion lenta y el encaje y descenso de la presentacion, prac-

ticándose las tracciones en las direcciones que estatuyen las leyes ordinarias del forceps y despues de no poco trabajo se consiguió extraer la cabeza del niño seguida de todo su cuerpo. Acto continuo llevamos la mano á la vajina á averiguar los estragos producidos en aquel cuello susceptible de estensas y mortales desgarraduras por el paso de la cabeza fetal, nuestra sorpresa fué agradable al notar que los diversos cortes practicados se habian distendido por igual á excepcion de uno de los primitivos que se desgarró un poco mas, pero sin consecuencia peligrosa.

Así concluyó esta situacion que creiamos perdida por muchos conceptos; era necesario penetrarse bien de la constitucion accidental de los órganos internos, debido á una antigua operacion; la union directa de la vajina con el segmento inferior de la matriz dando lugar á la formacion de un tejido cicatricial inextensible, completamente inapto para las funciones del presente caso, eran motivos mas que sobrados para no esperar un resultado tan feliz como el que se obtuvo.

Desde el instante que terminó el alumbramiento, sometimos á nuestra operada á los cuidados de una antisepsia rigurosa: paños ó compresas de bicloruro sobre la vulva é inyecciones intra-uterinas de igual sustancia, practicadas tarde y mañana y buena alimentacion desde el primer dia hasta el décimo cuarto del parto en que se le dió de alta perfectamente sana.

III. CUATRO CASOS DE PARTOS PREMATUROS ARTIFICIALES DIFERENTES POR LA CAUSA Y MÉTODO OPERATORIO

I. Estrechez de la pelvis. —Desde el momento que la mujer que tenía esta estrechez se presentó en la Sala de espera del Hospital, solicitando ingreso á la Maternidad, nos despertó mucha curiosidad por el solo aspecto físico que traía y que podía tener mucha conexión con su estado de embarazo.

Apenas se la veía, se notaban impresos todos los signos del raquitismo típico; con una cifosis bien pronunciada, levantamiento exajerado del esternon hácia afuera, gran tumor abdominal debido al embarazo, la forma actual de los vestidos de moda, su cabeza sobre un cuello corto metida entre los dos hombros muy levantados y su tamaño diminuto, formaban un conjunto de originalidad clásica; era la representación real de las figuras que nos pintan los clásicos en análogas circunstancias.

Antes de examinarla, muchos creímos llegado el momento de presenciar una operación cesárea.

Designado por el Jefe de la Maternidad para hacer el estudio minucioso de aquella mujer, obtuve los datos siguientes:

María Eugenia Kolhen, que así se llamaba la mujer, tenía 28 años, era soltera, y de nacionalidad francesa. Tenía siempre su menstruacion regular, habiendo principiado la primera á los 17 años. Sus padres, lo mismo que sus hermanos, eran robustos y sanos. María contaba, refiriéndose

á dichos de sus padres, que nació muy bien constituida y robusta, manteniéndose en dicho estado hasta la edad de veinte meses. A esta época, por motivo de las muelas y parásitos intestinales, tuvo ataques convulsivos, los que dieron principio á su estado actual, en particular á las deformaciones que padecía. Desde aquella época, que principiaron los ataques convulsivos, quedó enferma durante cuatro años consecutivos, siempre en cama, y con malas digestiones.

La altura general de su cuerpo, medida desde la parte más alta de la cabeza á la planta de los piés, era de 118 centímetros: de la cresta ilíaca á los piés medía 88 centímetros; del mismo punto á la cabeza, 30 centímetros; la columna vertebral desde la base del occipital á la punta del coxis, 42 centímetros. Las crestas ilíacas de ambos lados tocaban las dos últimas costillas falsas. La distancia entre la cresta ilíaca y el ángulo inferior del omóplato, en cada lado, estando el brazo estendido á lo largo del cuerpo medía 2 centímetros, y con brazo levantado sobre la cabeza 5 centímetros.

La parte más interesante y que me restaba examinar, era la mensuración de la pélvis: procuré hacerla de la manera más completa, escojí para el efecto las tres variedades de pelvímetros, el compás de espesor de Baudelocque, el interno de Ossiander y el mixto de Van Heuvel; con todos ellos, y el exámen dijital en particular, busqué un resultado común.

Por la mensuración externa sospechaba una estrechez de 7 centímetros, pero después, medido el espesor del sacro,

no dió más de 3 centímetros en lugar de 6 $^1/_2$; luego, con ayuda de los otros instrumentos, pude apreciar con claridad que en el estrecho superior, el diámetro S. P. era estrecho en menos de 9 centímetros, á pesar del reducido espesor del sacro, el diámetro oblícuo derecho estaba acostado en un centímetro. En el estrecho inferior, el diámetro vi-isquiático, estaba reducido á 7 centímetros. La escavación tenía más ó menos 8 centímetros, con la particularidad de ser sumamente corta.

En tésis general, tenia una estrechez de menos de 9 ctms· en el estrecho superior y de 7 en el inferior.

La época del embarazo habia pasado de 7 meses y medio, era primípara, con una presentacion de vértice en primera posicion. El vientre le caía hácia adelante produciéndole un estado por demas angustioso; el ánimo diario desde que ingresó en la Maternidad lo tenia siempre melancólico, porque le hicieron comprender los peligros graves que corria con su situacion.

Con estos datos y el exámen atento que hizo el personal médico del Hospital y prévia deliberacion de estos, se resolvió practicar el parto prematuro artificial. Para el efecto se elijió el método de Cohen, con la sola modificacion de la cantidad de agua. Colocada la mujer en la posicion obstétrica, por intermedio de un espéculum cilíndrico, que servia para conducir una algalia de goma del número 6, se inyectó agua esterilizada en la cavidad uterina en una cantidad de 150 á 200 gramos. Una hora despues, principió á sentir la mujer dolores sumamente molestos en las regiones hipogástrica y lumbar: estaba

inquieta, quejándose sin cesar; las contracciones uterinas se habian despertado pero eran de corta duracion y se sucedian con intérvalos que casi eran uno solo. Practicado el tacto vajinal, no encontramos modificacion ninguna, la longitud del cuello se mantenia normal. Ocho horas despues las contracciones uterinas se habian regularizado, principiando el trabajo de acortamiento en el cuello; este á las 17 horas terminó, habiendo principiado á establecerse el de la dilatacion. Este trabajo de dilatacion se hizo al principio con suma lentitud, pues á las 24 horas apenas alcanzaba al diámetro de una moneda de 20 cts. En este momento se hizo una nueva inyeccion intra-uterina, pero esta vez con mucha mayor cantidad de agua, procurando llevar el extremo de la algalia muy por encima de 6 ctms. dentro de la cavidad. Despues de esta segunda inyeccion, notamos de una manera evidente regularizarse las contracciones uterinas en duracion, intensidad é intérvalos de separacion y tambien descubrimos que el cuello tomaba una parte mas activa para apresurar su dilatacion completa, ayudada muy eficazmente por la formacion de una bolsa amniótica la cual se desarrolló prolongándose en la vajina y haciendo hernia por fuera de la abertura vulvar. La presencia de este dato nos indujo á confirmar la existencia de irregularidad de la pelvis de la madre, á espensas del diámetro oblícuo derecho, como lo hicimos notar al principio de nuestro exámen. Despues de rota artificialmente dicha bolsa y completada la dilatacion, tardó mas de dos horas en encajarse el vértice, apesar de que venia en las condiciones mas favorables, la cabeza en exajerada defleccion ofreciendo

por esta razon la pequeña circunferencia S. O. B. al arcada del estrecho superior. Despues de este momento, que creíamos oportuno ayudar por el forceps, notamos que encajó la presentacion, principiando á descender; pero en esta situacion se mantuvo hasta cerca de una hora y media, al cabo de la cual se verificó la expulsion. El niño que nació traía condiciones inmejorables de vitalidad; de la mensuracion que hicimos de su cabeza, sacamos los números siguientes: O. F. 9 ctms.—O. M. 11—S. O. B. 7 $^1/_2$—B. P. 7 $^1/_2$; pesaba 2110 gramos, con una longitud total de 32. ctms.

La madre tuvo un puerperio normal, y salió de alta á los 17 dias.

II. Degeneracion del tejido uterino en un caso de embarazo gemelar.—Se trata de una multípara en el octavo mes de su embarazo. Desde el momento que ingresó esta en la Maternidad se quejaba de mucha fatiga y algunos dolores abdominales que la inquietaban; tenia un abdómen desarrollado de forma redondeada, con las paredes tensas y resistentes. Cada dia que pasaba, se acentuaban mas y mas sus sufrimientos: los dolores, unos constantes, fijos en la region hipogástrica y umbilical y otros que se presentaban en forma intermitente cada diez minutos, eran tan violentos, que le arrancaban quejidos; las paredes abdominales aumentaron su tension y se hicieron asiento de una sensibilidad exajerada, á tal punto que la palpacion abdominal, eraimposible, porque apenas se tocaba lanzaba gritos desesperantes.

El tratamiento que se le instituyó, baños tíbios pro-

longados, ópio en altas dósis y el yoduro de potasio, no dieron ningun resultado; la situacion de la mujer se agravaba por momentos, tanto por los dolores agudísimos que se le presentaban cada 10 minutos fuera de los otros permanentes, cuanto por la falta de alimentacion debida á su mismo estado. En estas circunstancias en que se tenían vehementes sospechas de una alteracion en el tejido uterino, razon por la que este no cedia al trabajo de distencion obligado por el desarrollo mayor que toma el feto en esta época del embarazo, y temiendo que este estado produjese una desgarradura de las paredes uterinas alteradas, y sin elasticidad vaciándose el producto de la concepcion en la cavidad peritoneal, con consecuencias fatales para la madre y quizá tambien para el niño, sinó se ocurria á tiempo; el Jefe de la Maternidad resolvió practicar el parto prematuro.

Para el caso se eligieron los exitantes del cuello uterino entre estos las duchas vajinales de chorro contínuo y al efecto empleamos el aparato de Mathieu é hicimos la primera sección de duchas por el espacio de mas de una hora con agua de 37° C. Esto solo bastó para que el cuello se pusiese blando y principiase el trabajo de dilatacion. Tres horas despues, habíamos preparado nuevamente nuestro aparato de irrigacion, con el objeto de practicar una segunda seccion de duchas, pero de pronto descubrimos que la dilatacion del cuello era casi completa. Hasta este momento la mujer seguia sufriendo de un modo desesperante, apesar de las inhalaciones del cloroformo.

Rota la bolsa y derramado el líquido amniótico, disminuyeron los sufrimientos de la madre, con la expulsion del primer niño, mas tarde con la del segundo quedó mas tranquila. Concluido el alumbramiento y hecha la retractilidad conveniente de la matriz, ésta quedó voluminosa pasando los límites de la línea umbilical y siempre con mucha sensibilidad á la exploracion digital. El puerperio se hizo sumamente penoso y largo, habiendo pasado al pabellon de Ginecología á continuar con un tratamiento mas regular, de donde salió un mes despues, de alta con el diagnóstico de Metritis parenquimatosa.

III. Caso de eclampsia:—Presentóse en una muchacha de 16 años, primípara, cuya preñez de 7 meses fué interrumpida por la presencia de este género de ataques que se sucedian con bastante frecuencia é intensidad, de cuyas resultas principió el niño á sufrir. Seis horas despues del primer ataque apesar de que se la mantenía bajo la influencia del cloroformo, continuaba bajo la forma de contracturas tónicas intermitentes, en particular en los dos miembros superiores y á esta misma hora la dilatacion del cuello uterino había principiado, alcanzando al diámetro de dos centavos. Por todos estos motivos se resolvió practicar el parto prematuro artificial. Con tal objeto se recurrió á los dilatadores mecánicos del cuello, eligiéndose una simple pelota de Gariel: colocada ésta convenientemente produjo el resultado esperado, pues á las dos horas la dilatación era mayor que un peso fuerte, con la particularidad de haber adquirido el cuello las mejores condiciones de dilatabilidad como para permitir la aplicacion del

forceps que apresurase la conclusion del parto. Aplicadas las ramas sobre la presentacion, se ejecutaron tracciones en direccion conveniente con mucha suavidad, de manera que las partes sufriesen solo una dilatacion lenta é inofensiva. Poco tiempo despues concluyó el parto sin ninguna novedad notable.

La historia de la marcha de la enfermedad de la madre vá en otro lugar, con mayores detalles.

IV. Estrechez de la pélvis.—Debido á la amabilidad de los doctores Fernandez y Tessi, que con tanta bondad me permitieron la observacion y hasta la participacion en el caso que á continuacion cito, he tenido la fortuna de presenciar un cuarto caso de parto prematuro artificial, diferente en sus causas y tratamientos empleados.

Se trata de una italiana de 32 años de edad, segundípara. Tiene una estatura de 128 centímetros, con signos claros de raquitismo, particularmente en los miembros inferiores: piernas arqueadas y cortas; rodillas sumamente vuluminosas y deformes; y los muslos tambien arqueados dirijidos hácia adentro: la conformacion exterior de la pelvis, á la simple vista, no ofrece ninguna particularidad de deformacion; la columna vertebral y los miembros superiores no ofrecen nada notable. La cabeza es voluminosa, con una cara cuya expresion sola, tan característica, basta para sospechar los vicios orgánicos de que padece.

Los antecedentes que refiere la mujer en cuestion son los siguientes: Ha sido robusta y sana hasta la edad de ocho años, á partir de esta época principiaron para ella una serie de acontecimientos de familia que dieron por

resultado profundas alteraciones en sus actos nutritivos con no pocas enfermedades que la dominaron durante muchos años. Ha tenido un primer parto que llegó á término, presentándose el trabajo de parto espontáneo sin que haya podido concluir á pesar de largas horas de duracion. Los médicos llamados para atender en esta emerjencia, en vista de la dificultad, practicaron la embriotomía: extrajeron el tronco del niño fuera de la vulva segun cuenta el esposo, decapitaron, perforaron el cráneo y aplicaron el cefalotribo. El estado actual, es decir en el momento que la examinamos, tiene los detalles siguientes: un embarazo de siete meses y dias; una pelvis que despues de minuciosos y variados procedimientos de mensuracion, se comprobó estrecha en 7 centímetros. En este exámen es muy digno de notarse la impresion dijital durante la exploracion vajinal, pues apenas se llevaba el índice en la vajina hácia atrás y un poco arriba, sin dificultad se tocaba la eminencia formada por la articulacion sacro-vertebral, dato de suma importancia en los vicios de conformacion de la pelvis; tenia una antigua desgarradura del periné, que tocaba hasta el esfinter, probablemente fué producida en la operacion del parto anterior, consiguiente á este estado del suelo perineal, había un prolapsus incipiente de las paredes anterior y posterior de la vajina.

Diez meses despues de esta grave operacion se sintió nuevamente embarazada, y en prevision de nuevos incidentes tan sérios como en el parto anterior, resolvió ponerse bajo la direccion de las personas del arte.

Estos, en vista de lo que se acababa de conocer, resol-

vieron anticipar el parto. Al objeto, lo primero que se usó fué una sonda intra-uterina que se la dejó colocada por 24 y 36 horas, esto previa dilatacion del cuello con una pieza de laminaria, seguidamente se practicaron duchas prolongadas sobre el cuello uterino, alternadas con agua fria y caliente. Con estos procedimientos se consiguió completa permeabilidad y blandura del cuello uterino, á punto de dejar pasar toda la falanje del dedo explorador y despues se consiguió despertar unas pequeñas contracciones pero sin significacion. Una vez en esta situacion se colocó otra sonda intra-uterina de mayor calibre que la anterior, con lo que se abrió el camino franco á las contracciones uterinas y al trabajo de la dilatacion, habiéndose verificado el parto de un modo espontáneo y feliz antes de las 48 horas; pues no hubo necesidad de la ayuda del forceps como se habia previsto, porque el vértice encajó solo con bastante facilidad.

IV. INHALACIONES DE OXIGENO EN DOS CASOS DE ECLAMPSIA

En los dos únicos casos de eclampsia que he podido observar, hemos empleado un tratamiento estrictamente igual en ambos, con un resultado completamente satisfactorio, á pesar de mediar diferencias claras en la individualidad de cada una de las enfermas, como se verá por las anotaciones que espongo á continuacion.

La primacia entre los elementos terapéuticos empleados, ha ocupado entre nosotros las inhalaciones de oxígeno,

con prudente reserva, puesto que aún no se tienen hechos estudios satisfactorios sobre el particular.

Antes de pasar adelante, séame permitido declarar que el oxígeno empleado en estos casos ha sido debido á la iniciativa del distinguido facultativo, Dr. José Ayerza, Jefe del Pabellon de Cirujía en el mismo Hospital, quien con su constante entusiasmo, por las observaciones científicas y su reconocida amabilidad, me sujirió la idea de usarlo, poniéndome de manifiesto sus opiniones por los resultados obtenidos en su práctica particular.

El primer caso de eclámpsia se presentó en una mujer, antigua residente de la Maternidad; de 16 años, de buena constitucion, temperamento sanguíneo, primípara, en el séptimo mes de embarazo. No existe antecedente ninguno, niherediterio ni personal.

En la tarde del 25 de Junio sintió algunos fenómenos anormales, que eran la manifestacion prodrómica que en estos casos suele preceder con suma frecuencia. Poco momento despues se declaró un ataque convulsivo de violenta intensidad, este ataque nos preparó para los que debian suscederse. A los 25 minutos se presentó otro aún de mayor intensidad que el primero. Desde luego, se la puso bajo la influencia del cloroformo y apenas este ajente debilitaba ó suspendia su accion se presentaban contracturas tónicas con estremecimiento general ó se desarrollaba el verdadero ataque. Hasta el momento de concluir el parto provocado, cinco horas despues de la primera manifestación, se desencadenaron ocho ataques, siempre intensos y con una duración mayor que de ordinario, sobre todo

en el período de las contracciones clónicas, y todo esto sucedia sin embargo de que no descuidamos un solo instante las inhalaciones de cloroformo, llevando algunas veces su accion hasta la anestesia completa.

Los ataques *post partum* se presentaron cuatro veces mas, y tres horas antes del último, principiamos con las inhalaciones de oxígeno, administrando cada media hora de cuatro á seis respiraciones por cada vez, alcanzando por dia á tomar 15 litros por término medio. Seguimos con él seis dias consecutivos, durante los cuales no se produjo ataque ninguno y las mismas contracturas musculares desaparecieron del todo. La albúmina de las orinas principió á desaparecer de un modo sensible desde el primer dia de la administracion del oxígeno, á tal punto que al sexto dia cuando se suspendió este tratamiento no existía sinó una pequeña nube que apenas enturbiaba.

El segundo caso se presentó en una mujer de 29 años, multípara con el antecedente de que su embarazo anterior, á la misma época de los siete meses fué interrumpida por ataques convulsivos, como los que sufria en el momento en que fué observada. Esta ingresó á la Maternidad sometida á la acción de la morfina despues de haber tenido trece ataques sucesivos. Examinada en estas condiciones comprobamos que efectivamente se trataba de un embarazo de siete meses mas ó menos, con una excesiva cantidad de albúmina en las orinas y un trabajo de dilatación del cuello uterino bastante avanzado, habiendo muerto la criarura, se resolvió entonces apresurar la extracción por la versión podálica, la que se efectuó en pocos momentos

Antes de proceder á la operacion, presenciamos un ataque característico de las convulsiones eclámpsicas, aunque de menor intensidad y duracion que en el primer caso. A los diez minutos despues de concluida la operación, se presentó otro ataque, alcanzando con este el número á quince. Acto contínuo la sometimos al tratamiento por inhalaciones de oxígeno, administradas en la misma forma que en el anterior caso. La marcha que tomó fué favorable, dia á dia hasta su conclusión.

V. TRES CASOS DE RESISTENCIA DEL AGUJERO DE BOTAL

Consigno los casos presentes á pesar de su poca significacion y de su frecuencia relativamente pequeña, porque cada una ha ofrecido á la observacion una marcha del todo particular y diferente.

El primer caso tuvo lugar en una niña que nació á término y en las mejores condiciones de vitalidad aparente: dos horas despues del nacimiento se prosentaron notables modificaciones en los fenómenos cardíacos y respiratorios, los cuales se ejecutaban con suma lentitud, pocos momentos despues principió á teñirse de violado la piel de las estremidades de los miembros y la cara. Al dia siguiente se acentuaron mas estos síntomas, presentándose ademas una tumefaccion edematosa que principió en el dorso de los piés, avanzando hasta las rodillas. Se presentaron enfriamientos y suma debilidad en los fenómenos vitales y

murió al tercer dia. En la autopsia encontramos el Agujero de Botal ámpliamente abierto.

El segundo caso se presentó en un niño *á término.* Desde el primer momento de su nacimiento notamos que la respiracion no pudo establecerse. En este estado permaneció dando los caracteres de un niño nacido débil y antes de dos horas murió. Hecha la autopsia confirmamos nuestras sospechas: el *Agujero de Botal* estaba abierto.

El tercero se presentó en un niño que despues de nacer no respiraba àpesar de los exitantes empleados. Se recurrió á la respiracion artificial mediante el tubo laríngeo de Chaussier y durante cuatro horas se le trató por las insuflaciones metódicas. El corazon funcionaba con caracteres al parecer normales, más, bien pronto sufrieron modificaciones diversas y el niño murió sin que haya tenido una sola inspiracion.

VI. Influencia del estado de replecion de la vejiga en la retractilidad uterina

El primer fenómeno se observó en una mujer dos horas despues del alumbramiento, tenia ella antecedentes específicos, de una constitucion sumamente demacrada. Concluido el alumbramiento se habia hecho la retraccion uterina bastante bien aúnque se mantuvo con un volúmen un poco mayor que de ordinario. Pasadas dos horas se presentó por la vulva un derrame de sangre mas de lo normal

que nos alarmó justamente, en atencion á que en dias anteriores habíamos tenido hemorrajias sérias *post partum.* Con tal motivo examinamos la matriz y la encontramos más voluminosa, flácida y fácilmente dislocable; apesar de que la hemorragia era de poca consideracion, atendimos con medios enérgicos, pero muy pronto nos convencimos de que nuestro tratamiento no dió ningun resultado; continuaba la matríz flácida y grande, produciéndose siempre una pequeña hemorragia. Insistimos con nuevos tratamientos aconsejados por la práctica en estos casos, recurrimos hasta á la electricidad sin que las cosas sufrieran modificacion favorable. En esta situacion desesperante que creiamos perdida á la paciente, llevamos una sonda á la vejiga á fin de averiguar el estado de la orina, y nos sorprendimos al ver que, apenas franqueó la sonda la uretra, saliese un chorro fuerte de orina al que siguió un derrame de más de un litro, y, cosa notable, á medida que se vaciaba la vejiga de su contenido, sentiamos por nuestras manos puestas sobre el fondo flácido de la matríz, que esta iba retrayéndose, como si fuera siguiendo á ocupar su verdadero sitio accidentalmente desalojado por la vejiga, notamos que la matríz se habia reducido á un volumen pequeño, grueso y resistente, caracterizando al útero puerperal. Pasado este accidente la mujer siguió con un puerperio normal.

Los otros dos fenómenos tuvieron lugar á las diez horas siguientes al parto: en ambas se mantenia el útero sumamente voluminoso y se produjeron cólicos uterinos violentos que daban por resultado la expulsion de coágulos sanguíneos abundantes, que atestiguaban la formacion de he-

morragias internas. Se extrajo grandes cantidades de orina y á la conclusion de este trabajo notabamos la desaparicion de todos aquellos fenómenos, retrayéndose el útero hasta tomar el tamaño y consistencia normales en estos casos, para continuar con su trabajo hasta su terminacion.

VII. COCAINA EMPLEADA DURANTE EL TRABAJO DEL PARTO.

Mediante la entusiasta iniciativa de mi inteligente compañero de internado, el Dr. M. Dellepiane, tuvimos ocasion de observar las propiedades analgésicas de esta sustancia recientemente llevada á la práctica de los partos. Quisimos convencernos por nosotros mismos hasta qué punto se estaba autorizado para creer en las propiedades anestésicas del cloridrato de cocaina, puesto en aquellas circunstancias sobre la mucosa genital. Al efecto lo empleamos bajo dos formas: una en solucion destinada puramente para el cuello uterino y otra con vaselina blanca para usar en las mucosas vajinal y vulvar; de lo primero teniamos en dos grados diferentes; de solucion una al 4 °/₀ como lo ha usado con buen resultado Doléris y la otra al 20 °/₀ como lo recomienda Fränkel.

Nuestras observaciones son las siguientes: la primera es en una primípara, en quien principiamos á emplear la solucion de cocaina sobre el cuello, estando la dilatacion apenas del diámetro de un centímetro. Hasta la dilatacion completa no se quejó de mas dolor que una sensacion de peso moles-

to hácia la region lumbar; todos esos dolores angustiosos del período de dilatacion en las primíparas, no se habían sentido en el presente caso, y como tardase en encajar la presentacion por el excesivo volúmen del vértice, se aplicó el forceps, extrayendo el niño, sin que la madre haya sufrido casi nada durante la operacion. Halagados por este resultado tan satifactorio, recurrimos al segundo caso, tambien en primípara; pero no fuimos tan felices en conseguir el mismo resultado, porque la mujer se quejaba de dolores durante las contracciones uterinas, lo mismo que en el período de expulsion. La tercera es en una multípara en quien despues de las primeras secciones de aplicacion del anestésico, la dilatacion y expulsion del niño se hicieron tan rápidamente que no dieron tiempo á la observacion.

La anestesia de todo el espesor del cuello uterino, es un hecho que lo hemos comprobado en la misma Maternidad por los desbridamientos practicados sobre él, y como sabemos que los dolores del parto tienen su asiento en el segmento inferior de la matriz, en el cuello y las porciones supravajinales, y en un período más avanzado, en los puntos vajinal y vulvar, todos accesibles de anesteciarse; creo, pues, que hay dereeho de esperar completos resultados, llenando probablemente algunas condiciones particulares, sobre todo, usando la cocaina, como lo aconseja Fränkel.

VIII. OPERACION CESÁREA POST-PARTUM

Entre los sucesos de la Maternidad que han impresionado más vivamente mi espíritu y que no dejaré de recordar, sobre todo por las circunstancias especiales que la rodearon, razón por la que me permito consignar en el presente trabajo, se encuentra la operacion á que hago mérito. Ella fué de este modo:

Es una mujer en el noveno mes de su embarazo, primípara, de 17 á 19 años, de buena constitucion, que por motivos de servicio en la Maternidad, tuvo necesidad de ponerse en contacto con los pabellones de enfermedades comunes, en momentos que existía uno ó dos casos de viruela. Fué violentamente invadida de una fiebre que llegaba hasta 39.6, acompañada de una raquialguia intensa; treinta y seis horas después empezó la erupcion papulosa caractérística de la viruela, que segun la acumulacion de estas armonizando con la rapidez de la invasion y la ley de Sydenham sobre el particular, debia ser fatalmente confluente.

Lo primero que me llamó la atencion, fué examinar el estado de vitalidad del niño; pues los prácticos dicen que elevaciones térmicas en el organismo de la madre, con alteraciones circulatorias, y respondiendo estas sobre todo á una enfermedad infecciosa, producen rápidamente la muerte de aquél: en el presente caso, las tres circunstancias se hallaban agrupadas en una forma de violenta manifestacion y sin embargo el niño vivia, funcionando su

corazon con una regularidad al parecer normal, y ejecutando movimientos activos espontáneos con suma frecuencia. Mientras tanto, la situacion de la madre se agravaba momento á momento, entró en un período de disnea casi ortopnéico que daba á aquel cuadro un colorido por demas triste y angustioso, presentándose bien pronto incoherencia en los actos intelectuales, y siguiendo despues la agonía: hasta este momento, apenas llegaba á 52 horas la invasion de la enfermedad.

En estas circunstancias, creí que era llegada la oportunidad precisa de practicar una operacion Cesárea en vista del período agónico característico en que ingresó la madre y la existencia de vitalidad en el niño, á quien no le perdia de vista, pero bien pronto contrariado mi fundado entusiasmo, me convencí que aquello no era factible, y apenas cesaron las manifestaciones de los fenómenos vitales en la madre, mis compañeros de internado tuvieron la deferencia de encargarme de la operacion. Acto contínuo procedí rápidamente con la ejecucion del manual operatorio, pero ya era tarde, el niño estaba muerto. Se hallaba en presentacion de vértice en primera posicion, completamente encajado en el estrecho superior, y con una dilatacion completa en el cuello uterino; es decir, que el trabajo de parto se habia estado haciendo desde horas antes, que á notarlo nosotros, probablemente habríamos salvado al niño por las vías normales, sin esperar la muerte de la madre.

Maternidad de Buenos Aires

Con el propósito de conocer la estadística de esta Maternidad, me entregué á la tarea de revisar los libros llevados con tal objeto; busqué aquellos datos que mas es relacionan á los partos, suministrados por la madre, el niño y la forma de operaciones practicadas.

El resúmen de datos estadísticos que ofrezco, corresponde á un período de 18 años últimos de movimiento en aquella Maternidad, apesar de que su edad es mayor segun me han referido, pero en sus archivos no se han guardado las anotaciones, sino á partir del 30 de Enero de 1870.

El total de los partos habidos desde aquella época, alcanza á 2886; de estos 32 gemelares y 1 trigemelar.

Distribuidos por años, dan la proporcion siguiente:

AÑOS	PARTOS	AÑOS	PARTOS
1870	82	1879	169
1871	101	1880	177
1872	93	1881	173
1873	90	1882	156
1874	118	1883	176
1875	135	1884	206
1876	135	1885	209
1877	166	1886	227
1878	166	1887	238
Hasta el 30 de Marzo de 1888			69
			2886

Como se vé, el número de partos por año ha ido tomando una progresion creciente, siendo el año ppdo. el que mas partos ha dado y probablemente por la mayor capacidad del local, en el nuevo Hospital Rivadavia, aquella ascencion llegará á ser mucho mas resaltante.

Segun el número de partos precedentes en las mujeres que se han asistido, resultan las primíparas en mayor cantidad:

Primíparas.....	1572	2886
Multíparas.....	1314	

Respecto á la edad de las mujeres en el momento del parto, la mínima corresponde á 14 años y la máxima á 51 años.

En cuanto á la conformacion de la pelvis de éstas, solo cuatro se han apartado de lo normal: Dos, estrecheces accidentales por tumores desarrollados en el canal pelviano y dos, que responden á orígen de raquitismo.

La duracion total del trabajo del parto, se ha movido desde una hora hasta pasar de 48 y 52. Es de advertir que en estas últimas, algunas se han mantenido con fenómenos casi normales hasta una terminacion feliz, y otras han ingresado de la calle con todas las horas máximas. El término medio de su duracion creo que alcanzaria á llegar al que nos hacen conocer los prácticos observadores y quizá con un pequeño aumento de tres ó cuatro decenas de minutos, por ser las primíparas las que en mayor número se han asistido.

Los niños nacidos han alcanzado á 2920; pero los datos que á continuacion consigno se refieren solamente á 2877, por que 43 han nacido sin especificacion, unos en la misma Maternidad y otros ingresados de la calle, y los mas antes de término.

El resúmen de las presentaciones y posiciones es el siguiente:

PRESENTACIONES

Vértice.....	2690	
Pelvis.....	138	
Tronco.....	25	
Cara.....	15	2877

POSICIONES

	VÉRTICE	PELVIS	TRONCO	CARA
1ª.	1749	100	15	9
2ª.	559	14	10	2
3ª.	350	16		1
4ª.	41	8		3
	2699	138	25	15

Las condiciones físicas del recien nacido han sido las siguientes: Peso medio 2.900 grms., habiendo variado desde 1.900 á 5.700 grms.; con una longitud total del vértice á los talones, movible entre 48 y 52 centímetros. Los diámetros de la cabeza no han variado de la normal sino en muy poco, desde 7 $^1/_2$ centímetros hasta 10, to-

madas en el B. P. y esta observacion es hecha en niños que han continuado vivos despues del parto.

El sexo de los niños está descompuesto así:

Varones.....	1,604	
Mujeres.....	1,316	2,920

En este total de niños lo general es que hayan nacido á término siendo muy pocos prematuros.

De los 2,920 niños han nacido vivos 2,733 y muertos 187, Los niños muertos han obedecido á las tres causas siguientes:

CAUSAS DE PARTE DE LA MADRE

Sífis	64
Conformacion viviosa de la pelvis.....	1
Eclampsia.....	3
Vómitos incohercibles.....	2
Asistolia.....	1
Neumonia.....	2
Viruela.....	7
Reumatismo articular agudo.....	3
Meningo encefalitis aguda.....	1
Fiebre tifoidea.....	1
Endometritis	1
Tuberculosis	2
Exceso de tiempo	1
Envenenamiento por el fósforo.....	1
Total.....	90

CAUSAS DEPENDIENTES DEL NIÑO Y SUS ANEXOS

Presentacion viciosa	6
Falta de desarrollo	16
Estados patológicos de la placenta	1
Incerciones viciosas de la placenta	4
Presidencias del cordon	2
Total	29

CAUSAS DEL MECANISMO DEL PARTO

Trabajo prolongado	22
Asfixia [1]	35
Accidentes de version	1
	58
Ignorados	10
Total	187

(I) En los libros de la Maternidad esta clase de muertes no llevan ninguna esplicacion como causa.

Operaciones

En el mismo período á que me refiero, se han practicado las operaciones siguientes, que distribuyo segun su naturaleza, sus motivos etc., etc.; y antes de detallarlas séame permitido declarar que en los boletines de partos, no se han llevado estrictamente las anotaciones de las distintas operaciones y en esto me refiero al juicio del doctor Molina, antiguo Jefe de aquel Establecimiento, quien me manifestó su extrañeza al ver que muchas operaciones practicadas por él mismo no se hallaban consignadas en el cuadro que le ofrecía á su consideración, sacado de los archivos de aquella Maternidad; por manera que, el que á continuacion consigno no es completo.

Se ha aplicado el *forceps* 138 veces por los motivos siguientes:

Presentacion de cara	2
Rigidéz del cuello uterino	4
Eclampsia	23
Desprendimiento prematuro de la placenta	2
Falta de encaje	11
Debilidad en las contracciones y prolongacion del trabajo	65
Falta de rotacion	19
Prosidencia del cordon	4
Hidrocéfalo	1
Estados de sobreexitacion nerviosa	4
Tumor en el canal pelviano	2
Pelvis estrecha (estrecho inferior)	1
	138

Los resultados segun la altura de la pelvis en que se ha aplicado con relacion al niño son:

Estrecho superior.	Niños vivos.....	26
	" muertos.....	14
Escavacion.....	" vivos.....	64
	" muertos.....	8
Estrecho inferior..	" vivos.....	20
	" muertos.....	6
		138

Como se vé, mas número de veces se ha tenido la ocasion de hacer uso del *forceps*, estando la presentacion en la escavacion y tambien con mejores resultados relativamente, que en el estrecho superior é inferior.

Se ha practicado la *version* 28 veces por las razones siguientes:

Presentacion de hombro.....	20
Placenta prévia.....	1
Eclampsia.....	2
Inconvenientes de parto gemelar.....	2
Prosidencia del cordon.....	2
Inclinacion frontal y reductible.....	1
	28

Los resultados obtenidos han sido:

Niños vivos.....	10
" muertos.....	18

Se ha hecho uso por una solo vez del *Cefalotrivo* en un caso de presentacion de cara, *mento* posterior irreductible.

Se ha practicado *una decolacion* en una presentacion de tronco, impuesto por los inconvenientes de toda otra operacion.

Se han practicado *tres partos prematuros artificiales*, por los siguientes motivos:

Estrechez de la pelvis menor de 0,09 centím. niño vivo.
Eclampsia . . . . . " muerto
Degeneracion parenquimatosa del útero . . . " vivo

Se ha practicado por siete veces la *operacion cesárea post-mortum* en los casos siguientes:

Muerte de la madre por asma, niño muerto por asfixia.
" " " " fiebre tifoidea, niño vivo.
" " " " tuberculósis " vivió 10 minutos.
" " " " envenenamiento por el fósforo, niño muerto.
" " " " tentativa criminal, ñiño vivo.
" " " " uremia, niño vivió 10 minutos.
" " " " viruela " muerto.

No consigno muchas pequeñas operaciones, como el alumbramiento artificial, incisiones vulvares, incisiones sobre el cuello etc. etc., que se han practicado con suma frecuencia, por creerlas sin bastante significacion.

Isáac Aranibar.

Abril 23 de 1888.

Buenos Aires, 24 de Abril de 1888.

Pase á los Señores, Académicos Dr. Albarellos y Catedráticos, Titular Dr. Molina y Suplente Dr. Fernandez, para que informen sobre la admisibilidad de esta tésis.

AGUIRRE.

L. de la Cárcova,

Secretario.

Abril 30 de 1888.

Señor Decano:

No encuentro en esta tésis ningun inconveniente para que la acepte la Facultad.

Nicanor Albarellos.

S. Molina.

J. R. Fernandez

Mayo 1º de 1888.

De acuerdo con el informe que antecede, entréguese al interesado para su impresion, debiendo fijarse por Secretaría el dia en que deba sostenerse en acto público ante la Comision examinadora respectiva.

AGUIRRE.

L. de la Cárcova,

Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Bolilla N. 14:

HISTOLOGÍA.—*Histologta de la placenta.*

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—*Diferencia anatomo-patológica entre la enteritis crónica y la enteritis foliculosa.*

ANATOMÍA DESCRIPTIVA.—*Cubiertas, tejido propio, vasos sanguíneos, vasos linfáticos y nervios del riñon.*

ANATOMÍA TOPOGRÁFICA.—*Region costo-mamaria.*

FISIOLOGÍA.—*Trabajo mecánico del corazon.*

TERAPEÚTICA.—*Quinas y sus alcaloides.*

PATOLOGÍA EXTERNA.—*Tratamiento del mal vertebral de Pott.*

PATOLOGÍA INTERNA.—*La coqueluche reconoce causas generales ó tiene una especial?*

PATOLOGÍA GENERAL.—*¿En qué consiste la fiebre y como se comprueba?*

CLÍNICA MÉDICA.—*¿Existe la fiebre tifoidea abortiva?*

MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA.—*En virtud de que derecho la sociedad secuestra los enajenados?*

OBSTETRICIA.—*Actitud y posicion del feto.*

OFTALMOLOGÍA.—*Cuerpos extraños del fondo del ojo en general.*