UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PARTO PREMATURO ARTIFICIAL

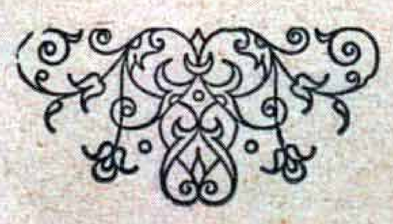
TÉSIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

CÁRLOS BETTOLLI



BUENOS AIRES

COMPAÑÍA SUD-AMERICANA DE BILLETES DE BANCO

258 - Calle San Martin - 258

1888

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PARTO PREMATURO ARTIFICIAL

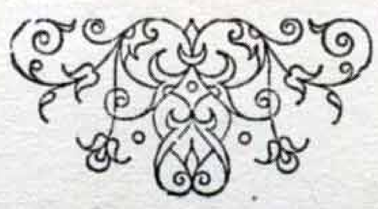
TÉSIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

CÁRLOS BETTOLLI



BUENOS AIRES

COMPAÑÍA SUD-AMERICANA DE BILLETES DE BANCO

258 - Calle San Martin - 258

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

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Anatomia descriptiva	
Anatomia topográfica	Dr. D. M. GONZALEZ CATAN
Histologia teórico-práctica	" " FRANCISCO A. TAMINI
Fisiologia general y humana	" " J. M. ASTIGUETA
Patologia general y ejercicios clínicos.	" " JOSÉ T. BACA
Materia médica y terapéutica	" " PEDRO A. MATTOS
Higiene pública y privada	" " ANTONIO F. CRESPO
Patologia externa.	" " L. MONTES DE OCA
Medicina operatoria.	" " BARTOLOMÉ NOVARO
Enfermedades de mujeres y clínica respectiva	" " JACOB DE T. PINTO
Patologia interna	" " MANUEL ARAUZ
Clínica quirúrjica	" " IGNACIO PIROVANO
Clínica médica	" " M. P. DE PERALTA
"	" " JUAN B. GIL
Oftalmologia y clínica respectiva.	" " CLETO AGUIRRE
Enfermedades de niños y clínica respectiva..	" " MANUEL BLANCAS
Medicina legal y Toxicologia	" " EDUARDO WILDE
Obstetricia y clínica respectiva.	" " SAMUEL A. MOLINA
Farmacia y práctica farmacéutica	" " MARTIN SPUCH
Química farmacéutica.	
Enfermedades nerviosas	" " JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
Anatomía patológica	" " TELÉMACO SUSINI
Patologia mental	" " LUCIO MELENDEZ
Química aplicada á la medicina	" " .....

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Anatomia descriptiva y topográfica.	Dr. D. JUAN J. NAÓN Y J. ARCE
Histologia	" " ANDRÉS F. LLOVET (en ejercicio)
Fisiologia general y humana.	" " CÁRLOS VILLAR
Patologia general y ejercicios clínicos	" " CLAUDIO BENITEZ Y ROBERTO WERNICKE
Materia médica y terapéutica.	" " ENRIQUE DEL ARCA (en ejercicio) Y JUSTINIANO LEDESMA
Higiene pública y privada	" " MELITON GONZALEZ DEL SOLAR y ENRIQUE REVILLA (en ejerc.)
Patologia externa	" " GUILLERMO UDAONDO
Clínica quirúrgica	" " ANTONIO GANDOLFO
Clínica quirúrgica	" " JULIAN AGUILAR (en ejercicio)
Patologia interna	" " JOSÉ PENNA
Oftalmologia y clínica respectiva.	" " PEDRO LAGLEIZE Y ED. OBEJERO
Clínica Médica	" " EUFEMIO UBALLES y A. AYERZA
Medicina legal y Toxicologia	" " JUAN B. SEÑORANS (en ejercicio)
Obstetricia y clínica respectiva.	" " J. R. FERNANDEZ Y LUIS F. VILA
Farmacia y práctica farmacéutica	" " ATANASIO QUIROGA.
Química 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
Medicina operatoria.	" " ADALBERTO RAMAUGE
Clínica Médica	" " GREGORIO M. CHAVES

PADRINO DE TÉSIS

DR. D. MAURICIO GONZALEZ CATAN

Facultad de Ciencias Médicas

Decano

DR. DON CLETO AGUIRRE

Académicos (en ejercicio)

DR. D. 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

DR. D. LUIS DE LA CÁRCOVA

A MI MADRE Y A MI TIA

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES ACADÉMICOS:

Al presentar la última prueba que el reglamento de la Facultad exige para obtener el título de Dr. en Medicina y Cirugía, he elegido como tema para ello: «El parto prematuro artificial», como el mejor tratamiento de dos enfermedades que, como los vicios de conformacion de la pélvis, y la eclámpsia, constituyen por sus efectos uno de los peligros más graves, á que está expuesta la vida de la madre así como la del niño.

Es fundado en esto, que para mayor claridad y mejor conocimiento de lo que voy á sostener, empiezo haciendo un estudio lijero de las dos enfermedades que anteriormente he indicado; para que, una vez conocida la gravedad que ellas reportan, demostrar las ventajas que semejante procedimiento operatorio tiene, sobre los otros tratamientos que tambien se usan con este objeto.

Tal es el fin, así como el programa que me propongo desarrollar en este pequeño trabajo que os presento.

PARTE PRIMERA

Antes de entrar de lleno al fin que me propongo, voy á permitirme hacer una lijera reseña histórica, que demostrará las peripecias porqué ha pasado este procedimiento de la cirugía obstétrica, antes de adquirir personería legal en la práctica ordinaria de los partos.

El parto prematuro artificial fué puesto en práctica por primera vez en Inglaterra.

La iniciativa de este procedimiento operatorio no se sabe á ciencia cierta á quien corresponde, pero los autores en cuyas obras he consultado, se expresan más ó ménos en los siguientes términos: el Dr. Denman dice, que en el año de 1756 se reunieron en Lóndres los médicos más sabios de la época para discutir las ventajas que de esta operacion podrían sacarse.

La proposicion, segun dicen los mismos autores, fué aprobada de un modo formal é introducida poco tiempo despues en la práctica por el Dr. Macaulay, quien hizo la primera aplicacion en la mujer de un comerciante.

Ahora bien, poco tiempo despues, á consecuencia de algunos sucesos felices obtenidos por medio de este pro-

cedimiento y de la propaganda que los principales tocólogos ingleses hacían por medio de las publicaciones científicas de aquella época, fué extendiéndose en el extranjero, especialmente en Alemania, Holanda é Italia, el uso de este procedimiento; no sucediendo lo mismo en Francia, donde se le hizo una fuerte y tenaz oposicion, especialmente por Baudelocque y sus discípulos.

Esta oposicion recayó sobre todo en el terreno religioso, dando lugar á largas é irritantes controversias, como sucede siempre que se trata de un nuevo procedimiento operatorio ó de un medicamento igualmente nuevo, en cuyas circunstancias todos se creen igualmente autorizados á discutir, aún cuando las ideas y los medios de que disponen para ello sean tan escasos que se asemejen á una ignorancia más ó menos absoluta sobre el punto que se discute.

Despues de numerosos obstáculos y de los grandes y benéficos esfuerzos hechos por los partidarios de este procedimiento operatorio, entre los cuales citaremos con especialidad á los Doctores Stolts, Velpeau y Dubois, la Academia de Medicina de Francia lo aceptó en 1831, pudiendo de esta manera entrar y generalizarse su uso en la práctica legal de la cirugía obstétrica de la nacion que más oposicion le había hecho.

Entre nosotros hace algun tiempo que se usa este procedimiento operatorio, sin que me sea posible por otra parte indicar, por más esfuerzos que he hecho con este objeto, quien fué el primer médico argentino que le puso en práctica, y, por consiguiente, la época precisa de su inauguracion en nuestro territorio.

Por otra parte, si ocupamos nuestra imaginacion por un momento en los ligeros datos históricos que acabo some-

ramente de indicar, veremos con harto sentimiento por una parte, el número considerable de vidas indudablemente sacrificadas obedeciendo á los dictados de la supersticion y el fanatismo y, por otro lado, las funestas consecuencias que reportan las oposiciones sistemadas, sin que medie para ello los elementos que constituyen la base de toda oposicion sensata, es decir, el estudio razonado y la observacion experimental.

En cambio en nuestros dias, merced á los estudios prolijos y concienzudos que se han hecho, el parto prematuro artificial es admitido por todas las escuelas de medicina para honor de la ciencia, de los que le pusieron en práctica por primera vez y, en general, para todos los que poseemos esta profesion, así como para bien de la humanidad entera.

Y digo esto porque la observacion estadística se ha encargado de demostrarnos que desde el momento que se generalizó esta operacion, el número de vidas arrebatadas á la muerte han sido considerables para bien de la familia, y por consiguiente, de la sociedad.

Fundado en estas últimas consideraciones empezaré enumerando y haciendo al mismo tiempo un ligero estudio de las principales causas que por órden de su frecuencia é importancia reclaman su aplicacion.

PARTE SEGUNDA

Entre las diversas enfermedades que reclaman su aplicacion, tenemos en primer lugar, teniendo en cuenta su importancia, dado los grandes peligros que reporta en lo que se refiere á la vida de la madre y del niño, á los *vicios de conformacion de la pélvis.*

Como la observacion y la experiencia lo han demostrado, este estado constituye una de las complicaciones más formidables entre las muchas que se presentan en el arte de los partos y, por consiguiente, una de las cuestiones que más se han debatido respecto al tratamiento que en semejante estado debe emplearse. Esta importancia es debida á los graves y muchas veces invencibles obstáculos que este estado anormal de la pélvis opone á la evolucion fisiológica del parto.

Para mejor precisar el valor del parto prematuro artificial en esta complicacion, empezaremos por hacer un lijero estudio á cerca de su etiología, y del modo como se produce este vicio de conformacion así como de los diversos medios de tratamientos de que se valían los tocólogos antes de que se reconociesen las ventajas y se generali-

zase el uso de este procedimiento operatorio, en las circunstancias, ó mejor dicho, en el grado de deformacion que reclama su aplicacion inmediata.

En el estado actual de la ciencia se sabe que las principales causas productoras de los vicios de conformacion de la pélvis son las siguientes: el Raquitismo y la Ostiomalacia; es decir; dos enfermedades discrásicas generales, que aún cuando pertenecen indudablemente á un mismo órden, porque tienen por sitio el mismo sistema anatómico cual es el tejido óseo, sin embargo, bajo el punto de vista de su patogénia y desenvolvimiento, así como de las alteraciones que determinan en la conformacion anatómica de la pélvis, presentan sus diferencias, las cuales consisten principalmente en lo siguiente:

El Raquitismo es una enfermedad de la primera infancia caracterizada por una alteracion en la nutricion y, por consiguiente, en el desarrollo de los elementos celulares que fisiológicamente forman el tejido óseo, con especialidad á los otros sistemas que tambien participan, aunque en un grado menos marcado, de esta alteracion general de la nutricion.

De esto se deduce naturalmente, que esta enfermedad ataca á los huesos precisamente, antes que estos hayan adquirido su desarrollo completo, ó mejor dicho, antes que los elementos celulares, que normalmente constituyen este sistema, puedan ó hayan podido adquirir las cualidades necesarias para el desempeño cumplido de la funcion fisiológica á que están destinados por la naturaleza.

En cambio, la Osteomalacia, es una enfermedad tal vez de la misma naturaleza, puesto que tiene orígen en una alteracion de la nutricion que dá por resultado un reblan-

decimiento general y uniforme de los huesos, pero con la particularidad, que esta enfermedad se presenta en la edad adulta, es decir, cuando los huesos han llegado á su completo desarrollo, ó como lo he dicho antes, y vuelvo á repetirlo, cuando las células óseas han adquirido los elementos esenciales para el desempeño exacto y completo de la funcion que les está encomendada.

Por otra parte, bajo el punto de vista de su localizacion anatómica, presentan igualmente sus diferencias: el Raquitismo ataca, ó mas bien dicho, tiene por asiento principal á las epifisis, es decir, á la porcion cartilaginosa de los huesos, en aquella época de la vida, allí donde la nutricion y por consiguiente, la proliferacion de los elementos celulares, es más activa que en el resto de su extension. La Osteomalacia, por el contrario, no se localiza en un punto, con preferencia á otros, sino que invade al hueso de una manera gradual y uniforme en toda su extension, determinando la alteracion que le es característica, como lo hemos indicado anteriormente.

Dados estos antecedentes, y si tenemos en cuenta las funciones fisiológicas que los huesos que constituyen la pélvis desempeñan, á mas de las funciones que se refieren á la generacion y reproduccion, sabemos que este órgano sirve igualmente para sostener el peso del cuerpo y trasmitirlo, por intermedio de los huesos iliacos y cavidades cotiloideas, á los fémures, ó mejor dicho, á los miembros inferiores; teniendo en cuenta estas funciones, como decia antes, se desprende que, las alteraciones producidas por estas dos enfermedades en la conformacion ordinaria de la pélvis, no deben ser, como es racional, análogas.

En efecto: el Raquitismo produce siempre, y en gene-

ral, un acortamiento en la longitud normal del diámetro conjugado del estrecho superior, mientras que la Osteomalacia produce un acortamiento diametralmente opuesto, determinando una estrechez del diámetro trasverso, aproximando los huesos del pubis, y por consiguiente, ocasiona un alargamiento del mismo diámetro conjugado del estrecho superior.

Por otra parte, la frecuencia de estas dos individualidades patológicas, no son iguales, como lo demuestra el dato estadístico de la Maternidad de Paris, tomado por el doctor Stanesco, quien dice, que en el período de 16 años, se observaron 402 casos de deformidades debidas al Raquitismo, y una sola debida á la Osteomalacia.

A más, el Raquitismo, es una enfermedad que tiene su asiento principal en los grandes centros de poblacion, es decir, en todos aquellos puntos donde el excesivo número de habitantes, hacen que la alimentacion, así como los vestidos y el agua necesaria para los diversos usos de la vida, sean insuficientes ó de mala calidad.

Lo mismo podemos decir por lo que hace á las habitaciones, el hacinamiento, la humedad, la falta de luz y de aire puro en la cantidad ó proporcion prescripta por las leyes de la higiene; son como está actualmente demostrado, otras tantas causas de la frecuencia con que se presenta esta terrible y destructora enfermedad.

Entre nosotros, los vicios de conformacion de la pélvis, no son afortunadamente frecuentes. Todo esto, debido indudablemente, á que los medios ordinarios de la vida, aunque no del todo bien, son, sin embargo, suficientes para impedir hasta cierto punto, el desarrollo de las enfermedades que acabamos de indicar, como productoras de los vicios de conformacion que actualmente ocupan nuestra atencion.

En prueba de ello, tenemos el dato suministrado por la estadística del libro clínico de la Maternidad de esta capital, que durante el año de 1887, y en lo que llevamos del presente año de 1888, solo se ha presentado un caso típico de esta complicacion, y otro no comprobado, pero que, á juzgar por los antecedentes suministrados por la mujer acerca de sus partos anteriores, nos hacia presumir la existencia de un vicio de conformacion, el cual, como acabo de decir, no pudo ser descubierto por haber entrado la mujer á la Maternidad, en el momento de haber empezado el trabajo del parto, encontrándose, además, en un estado deplorable á consecuencia de las tentativas brutales que se habian hecho en su casa con el objeto de extraer el niño.

En el hospital, despues de someter á la enferma á un tratamiento apropiado, se extrajo un feto muerto y en estado de maceracion, muriendo la madre poco tiempo despues.

Por la autopsia, no se pudo hacer el exámen de la pélvis, porque el encargado de hacerla la rompió por un descuido. Es por esta razon que no presento su historia.

Vamos ahora á indicar someramente, las diversas clases de deformaciones que existen.

Entre otras, tenemos: lo que se llama (pélvis æquabiliter justo major); es decir, una pélvis en que todos sus diámetros están aumentados en su lnogitud.

Esta complicacion es de poca importancia, y por otra parte, difícilmente se podrá diagnosticar durante la vida.

Otra de las formas de deformacion, es la lamada (pélvis æquabiliter justo minor) en la que todos sus diámetros están estrechados. Esta complicacion, al contrario de

la anterior, es sumamente grave, porque el estrechamiento puede llegar á 15 milímetros, como sucedió en los tres casos observados y publicados por el Dr. Naegelé, teniendo los tres un resultado funesto, pues murieron las enfermas, dos de ellas á consecuencia de los traumatismos ocasionados por los instrumentos, y la tercera y última, por rotura del útero.

Felizmente estas formas son bastante raras, observándose esta última con especialidad, en las mujeres de pequeña estatura.

Puede suceder tambien, ó mejor dicho, sucede á veces que, á consecuencia de una osificacion prematura de las diversas porciones de los huesos innominados, se suspenda el desarrollo de la pélvis, de modo que, la mujer llega al estado adulto, conservando el tipo infantil de este órgano ó aparato.

Puede ocurrir tambien que la pélvis de la mujer tenga una forma mas ó menos cilíndrica, dándole así, un parecido á la pélvis del hombre. Por lo cual se le llama (Pelvis masculina.)

Este estado seria debido, segun el Dr. Barnes, á una osificacion excesiva en una pélvis que quedó en estado infantil.

Otra forma es la llamada: (Pélvis oblícua oval, del Dr. Naegelé). Esta forma es bastante rara y difícil de diagnosticar, hasta el momento del parto; esta deformidad consiste en un aplanamiento de un lado de la pélvis y, por consiguiente, un acortamiento de uno de los diámetros oblícuos.

Esta complicacion es muy grave; el Dr. Litzman, dice: que de 28 casos de este vicio de conformacion, murieron 22 mujeres en su primer parto y 5 en partos ulteriores.

Otra de las formas es la llamada (Pélvis del Dr. Robert) la cual está caracterizada por un estrechamiento oblícuo de los dos lados de la pélvis, por anquilosis de las dos articulaciones sacroiliacas, y un desenvolvimiento defectuoso de los huesos innominados.

Esta complicacion es bastante grave, pero al mismo tiempo, es poco frecuente.

Tenemos tambien la (Pélvis Cifótica); la que se caracteriza por un alargamiento del diámetro antero-posterior del estrecho superior, y por un acortamiento del diámetro trasverso.

Las deformidades trasversales pueden ser ocasionadas por luxaciones de la cabeza del fémur, á consecuencia de lo cual, la cabeza luxada comprime la fosa ilíaca empujándola hácia adentro, y por consiguiente, produciendo un acortamiento del diámetro trasversal de la pélvis.

Tambien pueden producir estrecheces los diversos tumores que se desarrollan en los huesos, como por ejemplo: las exostosis, el osteo-sarcoma, y los osteofitos.

Igualmente pueden producir el mismo efecto los callos de fracturas que hayan tenido lugar en la pélvis; sin embargo, á pesar de la gravedad de ellos, la frecuencia con que se presentan es poco considerable, afortunadamente.

El pronótsico en general de las estrecheces pélvicas, se ha declarado universalmente grave por todos los principales tocólogos.

En efecto, esta gravedad se explica fácilmente por las razones siguientes: en primer lugar, tenemos la frecuencia de las presentaciones anormales, porque estando acortado el estrecho superior, la cabeza no puede encajarse en él como en estado normal. Por otra parte, suponiendo que la cabeza se halle encajada, y aún, que descienda á la

escavacion, la compresion de las partes blandas de la madre, así como de la cabeza del feto, serán causas más que suficientes para poner en peligro la vida de ambos. En efecto: se ha observado que á consecuencia de esta compresion se producen hundimientos en el cráneo del niño, comprimiendo como es natural la masa encefálica, de lo cual resulta, segun el Dr. Schroeder, que el 50 por 100 de los niños así heridos, mueran inmediatamente ó algun tiempo despues del alumbramiento.

Por lo que hace á la madre, las partes blandas están expuestas, á consecuencia de esta misma compresion ejercida por la parte que se presenta á la gangrena, así como la violencia de las contracciones uterinas efectos del obstáculo que experimenta el niño para pasar el conducto pélvico estrechado, puede ocasionar la ruptura del útero con su formidable cortejo de síntomas que acaban con la vida de ambos.

Lo mismo puede suceder por los traumatismos ocasionados en la mayoría de los casos por medio de los instrumentos de que se valen los tocólogos para poner término al parto en aquellos casos en que desgraciadamente no ha sido posible establecer el diagnóstico en el tiempo oportuno con el objeto de evitar semejantes consecuencias.

Sabemos igualmente que el prolapso del cordon umbilical es una complicacion bastante frecuente, y segun una estadística del Dr. Stanesco, se ha observado 59 veces de 414 partos.

Como se comprende, esta complicacion á más de ser frecuente, es tambien muy grave, y esto se explica fácilmente teniendo en cuenta la manera como se nutre el niño en el interior del claustro materno; en efecto, la fisiología nos enseña que la nutricion lo mismo que la respi-

racion se efectúa por intermedio de la circulacion de la madre. Ahora bien, si se comprime el cordon hasta el punto de impedir el paso de la sangre como sucede ordinariamente en estos casos; entonces comprenderemos el peligro á que está expuesta la vida del niño, muriendo irremisiblemente por afixia, en caso que no se haya podido evitar esta comprension.

Todo lo que acabo de decir creo que son pruebas más que suficientes para probar lo que he dicho al tratar del pronóstico en general de los vicios de conformacion de la pélvis.

Por lo que hace al diagnóstico rara vez se sospecha su existencia, antes de que haya comenzado el trabajo del parto. Esto depende indudablemente de que las perturbaciones ocasionadas por este vicio de conformacion, especialmente cuando no ha adquirido un grado extremo son tan poco marcadas que rara vez llaman la atencion de la mujer embarazada, lo cual hace que no consulte sobre su estado á un tocólogo; pero, si sucediese lo contrario, es decir, si consultase, entonces podríamos formular el diagnóstico, en primer lugar y principalmente por el exámen físico de la conformacion de la pélvis, y en segundo lugar por algunos datos históricos tomados de la mujer en su infancia.

En efecto: si descubrimos que ésta ha sido raquítica en su infancia, y que esta enfermedad ha dejado huellas en sus miembros, ó bien si la mujer presenta desviaciones de la columna vertebral ó es de pequeña estatura, todo esto nos hará presumir en la existencia de una alteracion en la conformacion ordinaria de la pélvis. Ahora bien, si á esto se añade un globo uterino péndulo, ó mejor dicho, que se dobla y cae hácia delante, nos ayudaría á confirmar nuestras sospechas.

No obstante esto, el medio más seguro de que disponemos para hacer esta clase de diagnóstico consiste, como lo he dicho antes, en el exámen físico que tiene por objeto averiguar la longitud de los diversos diámetros de la pélvis, á fin de cerciorarse si tienen ó no la amplitud que normalmente tienen, y en caso contrario, es decir, cuando no son normales los diámetros, cuál es el grado de acortamiento, en una palabra, lo que se llama la «pelvimetría.»

Con este objeto los tocólogos han puesto en juego su ingenio en inventar diversas formas de pelvímetros á fin de satisfacer este objeto. Pero á estos instrumentos, especialmente á los destinados á la pelvimetría interna se le han hecho algunas objeciones, particularmente en lo que se refiere al costo, á su complicacion, y sobre todo las dificultades de hacer uso de ellos sin ocasionar lesiones ó producir dolores á la mujer.

Teniendo en cuenta estas circunstancias es que se ha dicho y con razon, que el mejor pelvimetro interno es la mano del tocólogo.

No sucede lo mismo en la pelvimetría esterna, la cual si bien es cierto no nos dá una medida exacta, en cambio nos suministra la longitud aproximativa de los diversos diámetros de la pélvis.

Los instrumentos que se usan con este objeto son entre otros los siguientes: el compás de espesor de Baudelocque ó el pelvímetro del Dr. Lazarewitch, aplicable tambien á la pelvimetría interna; hay á más otros muchos pelvímetros, pero que no los indico porque no tienen nada de superior á los que acabo de indicar. Si por cualquier circunstancia no tenemos estos instrumentos, nos podemos servir de un compás sencillo, como el de los carpinteros por ejemplo.

Las medidas que se toman son las distancias entre las espinas iliacas anteriores y superiores, y entre la parte media de las crestas iliacas, distancia que tienen respectivamente 23 y 26 centímetros. Estas medidas darán, segun el Dr. Spiegelberg, uno de los tres resultados siguientes:

1° Las dos son menores de lo que deben ser, pero la relacion entre una y otra, es la misma. En este caso tenemos una pélvis uniformemente estrechada.

2° No ha disminuido nada, ó en todo caso muy poco, la distancia que separa las crestas, pero ha aumentado la que separa las espinas. En este caso tenemos una pélvis estrechada simplemente en el diámetro conjugado del estrecho superior, sin otro vicio de conformacion.

3° Las dos son menores, y al mismo tiempo están modificadas sus relaciones, pues la distancia que separa las espinas es tan larga, sino más, que las que separa las crestas. En este tercero y último caso, la pélvis está estrechada en el diámetro conjugado, y al mismo tiempo contraida, como en los casos graves de deformidad raquítica.

Tambien puede medirse el diámetro conjugado externo que mide 19 1/2 centímetros. Si este diámetro es menor que en el estado normal, tendremos un acortamiento del diámetro conjugado, del estrecho superior.

Estas medidas externas es necesario comprobarlas con otras internas, especialmente las del diámetro antero-posterior, para apreciar mejor, de esta manera, el grado de estrechez. Sabemos que el diámetro conjugado diagonal, mide aproximadamente 12 milímetros más que el diámetro conjugado verdadero; ahora bien, si colocamos á la mujer en la posicion ordinaria del parto, é introduci-

mos la mano en la vagina y con el dedo índice alcanzamos el promontorium, este solo hecho nos probará que la pélvis está estrechada, puesto que en el estado normal es mposible llegar á alcanzarlo. Señalando con la uña del índice de la otra mano la parte del dedo señalador que está por debajo de la sínfisis del pubis, la distancia de esta señal á la punta del dedo menos 12 milímetros, nos dará aproximadamente la medida del diámetro conjugado del estrecho superior.

Una vez diagnosticada una estrechez pélvica, se nos presenta la cuestion respecto al modo como debemos comportarnos en el tratamiento de semejante complicacion.

Para esto hay que tener en cuenta principalmente, el grado de estrechez y, una vezque hemos obtenido este dao, elegir el procedimiento á seguir. Esta eleccion ha dado lugar á largas é interesantes discusiones, dando por resultado, como es consiguiente, á la formacion de distintos partidos ó escuelas con sus jefes respectivos. En efecto: en una pélvis en que el diámetro conjugado del estrecho superior mide de seis y medio á siete centímetros, la destruccion del niño es, puede decirse, casi inevitable, porque la naturaleza es impotente así como los diversos medios de la cirujía obstétrica. (Se entiende que hablo en el caso en que el vicio de conformacion se ha descubierto cuando ha empezado el trabajo del parto). Pero cuando la estrechez varia entre siete y medio centímetros, y la longitud normal, entonces es precisamente cuando viene la gran divergencia de opiniones, á fin de saber si de los dos procedimientos operatorios, es decir, el *Forceps* y la *Version*, cual de ellos es preferible.

Veamos las diversas opiniones emitidas al respecto: en Inglaterra y Francia se acepta de una manera casi

general, que en las estrecheces lijeras el mejor medio medio de favorecer la expulsion del feto, una vez que el trabajo del parto ha empezado, es por medio del forceps; mientras que en Alemania, los principales tocólogos y, entre otros Schroeder y Spiegelberg, dicen: que el mejor medio de poner término á este estado, es la version.

Pero, lo que más llama la atencion, es el ver que algunos tocólogos hacen completamente á un lado el procedimiento que mejores resultados produce, sobre todo, en los casos en que falta algun tiempo para que el parto sea de término, es decir, el parto prematuro artificial. Empezaremos por hacer con este objeto, ó más claro, voy á hacer un estudio comparativo de los tres sistemas de tratamiento que acabo de indicar, para demostrar las ventajas que para la madre y el niño, reporta el provocar el parto antes que haya empezado el trabajo del parto, evitando de esta manera, los peligros que para los mismos ocasiona ordinariamente el uso del forceps ó la version.

En una pélvis, por poco que se encuentre estrechada, la aplicacion del forceps no será tan sencilla y mucho menos tan benéfica, como sucede en los casos de inercia uterina por ejemplo. Las razones son claras: en este último caso, no existe obstáculo alguno por parte de la pélvis al paso del feto, puesto que tiene la misma capacidad normal; lo que hay en este caso es falta de impulsion á consecuencia de la debilidad de las contracciones uterinas á más la cabeza se encuentra en la escavacion, y si no sigue la evolucion ordinaria, es debido á la causa antes indicada. De esto se desprende naturalmente, que si aplicamos un instrumento capaz de producir una fuerza igual á la que falta, entonces tendremos plenamente confirma-

do lo legítimo de la aplicacion del forceps, así como sus benéficos resultados, en semejante estado.

No sucede lo mismo en los vicios de conformacion de la pélvis, porque en este caso, tenemos todo lo contrario: en primer lugar, estando estrechado el estrecho superior, la cabeza del niño no puede encajarse, y si lo hace, es con mucha dificultad; por consiguiente, tampoco puede descender á la escavacion, como en el caso anterior. Ahora bien, estando la cabeza en el estrecho superior, la introduccion de las ramas del forceps no puede hacerse, aun cuando la pélvis fuese normal, tan impunemente ni con la misma facilidad como cuando ésta se encuentra en la escavacion, como sucede ordinariamente en los casos de inercia uterina; á mas, la presencia de las ramas del forceps en la cavidad pélvica, á la altura en que se encuentra la cabeza del niño, obrará como un cuerpo extraño, determinando lesiones capaces de poner en peligro la vida de ambos, aun cuando el instrumento sea aplicado por el tocólogo mas hábil y ¡con cuánta más razon en las manos de un cirujano inexperto, como sucede en la mayoría de los casos! No obstante esto, si el trabajo del parto ha empezado y la estrechez es muy pequeña, entonces podemos ayudar á la expulsion del niño aplicando el forceps y ejerciendo tracciones moderadas.

Respecto al segundo procedimiento, la version, creo que tambien es suceptible de algunas objeciones, sin desconocer por otra parte, que en algunas circunstancias, pueda producir algun beneficio en la marcha del parto, en estos casos. Una de las objeciones que se le ha hecho, y tal vez la principal, es la siguiente: suponiendo el caso que la cabeza del feto estuviese encajada en el estrecho superior, seria necesario, para hacer la version, em-

pujar la cabeza hácia arriba, lo cual no es fácil ni tampoco seguro, porque esta última estaria como amoldada al estrecho y entonces las maniobras externas, solas ó combinadas con las internas, serian, por no decir impotentes, insuficientes para obtener el cambio de la posicion del feto. A pesar de esto, el Dr. Jacobo Simpson, ha fijado los casos en que la version da resultado, y para mayor claridad, citaré más ó menos textualmente las palabras de este distinguido autor.

«La cabeza del niño tiene la forma de un cono, cuya porcion mas estrecha, la base del cráneo, mide mas ó menos de 12 á 18 milímetros menos que la porcion mas ancha, es decir, el diámetro bi-parietal. En las presentaciones ordinarias de vértice, esta última porcion es la que primero sale; pero, si los piés están hácia abajo, la extremidad estrechada del cono craneano, se pone primero en contacto con la porcion estrechada, y es extraida tanto mas fácilmente cuanto que la base del cono no puede ser empujada á través del estrecho por las contracciones uterinas; y no es solo esta la única ventaja, pues despues de la version el diámetro bi-temporal mas corto, que mide término medio, 12 milímetros menos que el bi-parietal, se encaja en el diámetro conjugado estrecho, en tanto que el bi-parietal mas largo se encuentra en un espacio relativamente mas ancho á los lados de la pélvis.»

Es fundados en estas razones, que algunos tocólogos creen que es posible extraer, por la version, un niño vivo en pélvis en que el forceps no lo podria hacer; á más, se ha dicho tambien, que la version permitiria extraer un niño vivo de una pélvis que tuviese solo siete centímetros en un diámetro conjugado; por otra parte, algunos tocólogos, y principalmente el Dr. Barnes, dice: que es

muy difícil extraer vivo al niño en caso de una estrechez de siete centímetros, y que debe tomarse como límite para la operacion, desde 8 centímetros hasta la longitud normal.

De lo que antecede se desprende que la version es susceptible de objeciones, pero que, como el forceps en ciertas y determinadas circunstancias, puede ofrecer alguna ventaja. Obteniéndose esto último en el caso que el forceps no haya dado resultado, lo cual está confirmado por los cuatro casos observados por el Dr. Braxton-Hicks, en los que, habiendo aplicado el forceps sin resultado, se hizo la version y se salvaron tres niños.

Ahora vamos á estudiar el procedimiento, que me parece el mejor, tanto por la facilidad de su ejecucion (dado los elementos de que actualmente disponemos para ello), así como por los benéficos resultados que ha producido en la mayoria de los casos en que se ha puesto en práctica.

En Inglaterra, se ha establecido como regla, que, en todos los casos de vicios de conformacion de la pélvis, reconocidos por un exámen profundo, ó bien en un parto anterior, se provocará el parto, á fin de que pueda pasar la cabeza más pequeña y comprensible de un feto antes de término por un conducto estrechado en que otro de término no lo podria hacer sin poner en peligro la vida de la madre, así como la del niño mismo.

Este procedimiento es considerado actualmente en todas partes, con especialidad en Inglaterra, como he dicho antes, como el mas benéfico y juicioso de todos los que se han usado y se usan al presente.

Sin embargo, hay algunos tocólogos que le consideran como funesto, especialmente para el niño.—Así entre

estos tenemos á Spiegelberg y Litzmann; segun el primero de estos autores, teniendo en cuenta observaciones tomadas de diversas fuentes, dice: que los resultados de los partos prematuros en las pélvis viciadas, son más desventajosos que si la naturaleza obrase por sí sola. En este concepto, dice, que la mortalidad de las madres es de 6,6 por 100, y en los niños de 28,7 por 100; mientras que en los casos en que se hace uso del parto prematuro, la mortalidad es de 15 por 100 en las madres y de 66,9 por 100 en los niños.

El segundo de estos autores ofrece, más ó menos, la misma estadística á saber: mortalidad en las madres en los partos á término, 6,9 por 100, y de los niños, en 20,3 por 100; mientras que en el parto prematuro, da las siguientes cifras: 14,7 por 100 mortalidad de las madres, y 55,8 por 100 la de los niños.

A esto puede contestárseles con las siguientes palabras del Dr. Playfair: «A ser ciertas estas estadísticas, darian gran fuerza á los argumentos de los que prefieren el parto á término, aunque revelan peligros bastantes serios para la madre. Pero, es muy dudoso que puedan aceptarse tal cual son, y como propias, para resolver la cuestion. Muchas veces se han reconocido los errores de una masa heterogénea de observaciones reunidas confusamente, sin exámen cuidadoso de sus historias, y seria bastante fácil oponerles una larga lista de hechos en que fué casi nula la mortalidad de las madres. El señor Churchill, da en sus obras, los resultados de la práctica de varios eminentes tocólogos, y en ella encontramos, por ejemplo: que de 46 casos, no tuvo el Dr. Merriman, mas que uno de muerte.

«La misma fortuna favoreció al Dr. Ramsbothan, en

62 casos, de todo lo cual deduce, que hay peligro para la madre, pero no mas que en un parto prematuro accidental, y esta conclusion en lo que se refiere á la madre está conforme con los resultados obtenidos desde antíguo, por la mayoria de los tocólogos ingleses, que, sin duda, tienen mayor práctica de la operacion, que sus compañeros de las demás naciones. En lo que se refiere al niño, las estadísticas alemanas, aun cuando se tengan por exactas, no pueden aceptarse como contraindicacion de la operacion hecha, como para evitar á la madre los peligros muy serios de un parto á término, y en algunos casos de dejar, al menos, una probabilidad al niño, cuya vida se sacrificaria con seguridad. Por otra parte, muchas veces depende del procedimiento que se emplea, y á mas, puede admitirse, con el Dr. Duncan, que la operacion se ha hecho mas veces que lo que era necesario. Por esto debemos hacer siempre un exámen minucioso y profundo y no rechazar una operacion que desde hace mucho tiempo se considera como un precioso recurso.»

Hasta aquí el Dr. Playfair, cuya autoridad y competencia no se puede poner en duda, y es por esto que he trascrito textualmente las palabras con que él se expresa en su obra, acerca de esta operacion.

Teniendo en cuenta lo que acabamos de indicar, así como el buen resultado obtenido en el caso ocurrido en la clínica de la Maternidad de esta Capital, podemos concluir diciendo: que de los procedimientos ordinariamente empleados en este caso, el parto prematuro artificial, es el mejor y al mismo tiempo más benéfico, porque es el que ofrece mayores probabilidades de salvar la vida de la madre y el niño, encontrándose esta conclusion con-

firmada por la opinion de los autores mas célebres, y que mas se han ocupado de esta materia. Entre otros, citaremos á Churchill, Merriman, Playair, Ramsbothan, Joulin, Hoffmann, E. Hubert, Hamilton y otros muchos nombres célebres en el arte de los partos.

Una vez que se ha resuelto practicar el parto prematuro, hay que tener en cuenta la época en que debe hacerse, porque cuanto mas tiempo se espere, tantas mas probabilidades de vida tiene el niño. Los autores han fijado ordinariamente como término medio, por lo que hace á la edad del niño, siete á siete y medio meses, porque entonces éste puede continuar viviendo una vez que ha salido del claustro materno. Sin embargo, hay ciertas circunstancias, como por ejemplo: cuando tenemos una estrechez de cinco ó seis centímetros, en este caso se puede provocar el parto al sexto mes, quedando todavia al niño alguna probabilidad de continuar viviendo, si bien es cierto con grandes cuidados y trabajos por parte de la madre. Esta opinion es especialmente sostenida por los doctores Hubert y Velpeau, y este último presenta un número regular de casos, si bien no todos como auténticos, pero él ha observado algunos, en que los niños han vivido desde algunos dias hasta cinco ó seis meses, y concluye este autor con las siguientes palabras textuales: «No es exacto decir, de una manera absoluta, que el niño nacido antes de los dos últimos meses del embarazo, debe ser reputado no viable»; y por otra parte, el Dr. Hubert, concluye diciendo: «que en las condiciones expuestas, es decir, en caso de una pélvis con una estrechez de seis ó cinco centímetros, é interrogada la madre sobre si llegado el momento se dejaría hacer la operacion cesárea, y ella contestase que no, en

este caso es permitido é indicado el provocar el parto á los seis y medio, y si hay necesidad, á los seis meses.»

Sin embargo, yo creo que en este caso está indicado el parto prematuro, especialmente con el objeto de salvar la vida de la madre y no la del niño; porque, teniendo en cuenta el estado de desarrollo de los órganos del feto en esta época del embarazo, la vida solo es compatible con un lapso de tiempo demasiado corto, desde algunos dias hasta cinco ó seis meses, segun lo afirmado por el doctor Velpeau; pero esto no es argumento en contra, porque de todos modos la vida tiene que perderla el niño, porque si no se recurre á este procedimiento, hay que hacer la operacion cesárea, y entonces, no solo se sacrificará la vida del niño sino que la vida de la madre correria grandes peligros; porque aun cuando hoy, merced á los grandes adelantos de la cirujía moderna, se puede abrir las paredes abdominales con alguna confianza; sin embargo, á pesar de todo esto, la madre está en un peligro inminente, porque la menor complicacion podria ocasionarle la muerte, y entonces tendríamos una doble pérdida en perjuicio para la familia y en descrédito para la ciencia.

Antes de cerrar este capítulo, voy á presentar el caso ocurrido en la clínica de la Maternidad de esta capital, debiendo declarar que, á pesar de haber observado al caso, voy á presentar la historia clínica de él, con las mismas palabras con que la ha publicado el practicante interno de la sala, á quien se le encomendó el estudio de este caso, el cual es el siguiente: Maria Eugenia Kolhen, que así se llamaba la mujer, tenia 28 años, de estado soltera y de nacionalidad francesa. Tenia siempre su menstruacion regular, habiendo principiado

la primera á los 17 años. Sus padres, lo mismo que sus hermanos, eran robustos y sanos. Maria 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 padecia.

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 mas alta de la cabeza á la planta de los piés, era de 118 centímetros: de la cresta iliaca á los piés, media 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 iliacas de ambos lados, tocaban las dos últimas costillas falsas. La distancia entre la cresta iliaca y el ángulo inferior del omóplato, en cada lado, estando el brazo extendido á lo largo del cuerpo, media 2 centímetros, y con el brazo levantado sobre la cabeza, 5 centímetros.

La parte mas interesante y que restaba examinar, era la mensuracion de la pélvis: procuro hacerla de la manera mas completa; escojo para el efecto las tres variedades de pelvimetros, el compás de espesor de Baudelocque, el interno de Ossiander y el mixto de Van Heuvel; con todos ellos, y el exámen digital en particular, busqué un resultado comun.

Por la mensuracion externa, sospechaba una estrechez de 7 centímetros, pero despues, medido el espesor del sacro, no dió mas de tres 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 acortado en un centímetro.

En el estrecho inferior, el diámetro bi-isquiático, estaba reducido á 7 centímetros. La escavacion tenia mas ó menos 8 centímetros, con la particularidad de ser sumamente corta.

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

La época del embarazo, habia pasado de los siete meses y medio, era primípara, con una presentacion de vértice en primera posicion. El vientre le caia hácia delante, procuciéndole un estado por demás 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 eligió 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 5, se inyectó agua etereliza da en la cavidad uterina en una cantidad de 150 á 200 gramos.

Una hora despues, empezó la mujer á sentir 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 intervalos que casi eran uno solo.

Practicado el tacto vaginal, no se encontró modificacion ninguna, la longitud del cuello se mantenia normal. Ocho horas despues, las contracciones uterinas se habian regularizado, principiando el trabajo de acortamiento del cuello; éste á las 17 horas terminó, habiendo empezado á establecerse el de dilatacion. Este trabajo de dilatacion se hizo al principio con suma lentitud, pues á las 24 horas apenas alcanzaba el diámetro de una moneda de 20 centavos.

En este momento se hizo una nueva inyeccion intrauterina, pero esta vez con mucha mayor cantidad de agua, procurando llevar el extremo de la algalia muy por encima de 6 centímetros dentro de la cavidad. Despues de esta segunda inyeccion, se notó de una manera evidente, regularizarse las contracciones uterinas, en duracion, intensidad é intervalos de separacion, y tambien descubrimos que el cuello tomaba participacion activa para apresurar su dilatacion completa, ayudada muy eficazmente por la formacion de una bolsa amniótica, la cual se desarrolló, prolongándose en la vagina y haciendo hernia por fuera de la abertura vulvar.

La presencia de este dato nos indujo á confirmar la presencia de irregularidad en la pélvis 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, á pesar de que venia en las condiciones mas favorables, la cabeza en exagerada flexion, ofreciendo, por esta razon, la pequeña circunferencia S. O. B. á la arcada del estrecho

superior. Despues de este momento que creimos 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, traia condiciones inmejorables de vitalidad; de la mensuracion de la cabeza, sacamos los números siguientes: O. F. 9 centímetros—O. M. 11 centímetros—S. O. B. 7 1/2—B. P. 7 1/2; pesaba 2110 gramos y tenia una longitud total de 32 centímetros.

La madre tuvo un puerperio normal y salió de alta á los 17 dias despues del parto.»

Como se vé, este es un caso típico que sirve para comprobar lo que anteriormente he dicho respecto á los benéficos resultados del parto prematuro artificial.

PARTE TERCERA

Otra de las enfermedades en que se usa este procedimiento operatorio es la Eclampsia. Como sabemos, esta es una enfermedad bastante grave y que en la mayoría de casos ocasiona peligros capaces de producir la muerte de la madre y del niño.

Para hacer más claro el bien que produce el empleo del parto prematuro en los casos en que la eclampsia se desarrolla antes de que haya comenzado el trabajo del parto, principiaré haciendo de ella un ligero estudio que servirá para probar la importancia y gravedad que reviste semejante estado durante el embarazo.

La eclampsia es una enfermedad afortunadamente poco frecuente, en efecto: segun la estadística de algunos autores el número de casos es poco considerable. Así, la señora Lachapelle dice, que se presenta una vez por cada 450 ó 500 embarazos. El Dr. Churchill ha consignado 373 casos entre un total de 228010 partos, es decir, 1 por 614.

Como sabemos, la eclampsia es una enfermedad caracterizada por convulsiones clónico-tónicas, que tiene

mucha semejanza con la de la Epilepsia, y á más de una suspension más ó menos completa de la inteligencia y de los sentidos. Esta enfermedad puede sobrevenir en los últimos meses del embarazo, en el momento del parto ó despues de él. Nosotros vamos á estudiar esta enfermedad únicamente en el primer caso, es decir, antes que el trabajo del parto haya empezado.

Esta afeccion se manifiesta por accesos tan súbitos é inesperados que sorprenden al tocólogo; sin embargo en ciertas ocasiones el ataque suele ir precedido de ciertos síntomas prodrómicos cuyos principales son los siguientes: el carácter se vuelve susceptible, impaciente é irascible. La locomocion está alterada, hormigamiento en los miembros y á veces se producen vértigos durante la marcha. La sensibilidad está exaltada, hay cefalalgia, ocupando unas veces la mitad del cráneo y otras circunscrita á un punto muy limitado. En algunas ocasiones el dolor se manifiesta en la columna cervical, ó al nivel de la region renal, ó en el epigastrio, en cuyo caso se acompaña frecuentemente de náuseas ó de vómitos. La inteligencia está disminuida, las enfermas se quedan distraidas, como absortas en un pensamiento que ocupa toda su atencion. Los sentidos se alteran, especialmente el tacto y el olfato; hay alteraciones de la vista que consisten en deslumbramientos que pueden llegar hasta la ceguera; tambien hay tintineo de oidos, etc.

Si encontramos reunidos algunos ó la totalidad de estos síntomas, y á más una infiltracion edematosa de los párpados y manos de una mujer embarazada, nos hará presumir la inminencia de un ataque de eclampsia, y esta sospecha se confirmará si haciendo el exámen de la orina encontramos albúmina. De todos modos, el acce-

so de eclampsia se caracteriza por lo súbito de su aparicion, y la mucha semejanza que presenta con un ataque grave de epilepsia. Pueden distinguirse en él tres períodos; en el primero existe una especie de espasmo tónico que se extiende á todo el sistema muscular, manifestándose este estado, por la fijeza de la mirada y la inmovilidad de todo el cuerpo. Este estado dura muy poco tiempo, siendo reemplazado por el segundo período, el cual se caracteriza por violentas convulsiones que empiezan por los músculos de la cara, los que se crispan de una manera horrible, los globos oculares se ocultan y giran en el interior de la órbita, no dejando al descubierto más que la blancura de la esclerótica. La cara, que al principio era pálida, se vuelve cianótica y lívida. La lengua es arrojada fuera de la cavidad bucal, pudiendo ser herida por el rechinamiento de los dientes; al mismo tiempo sale una espuma de la boca, la cual se derrama por las comisuras labiales. Las convulsiones que estaban limitadas á la cara, bien pronto se propagan al resto del cuerpo, participando de ellos no solo los músculos voluntarios, sino tambien los músculos involuntarios, como lo demuestra la expulsion involuntaria de la orina y materias fecales, así como la suspension momentánea de la respiracion al principio del ataque, siendo reemplazada enseguida esta suspension por movimientos respiratorios irregulares que producen un silbido especial.

Por lo general este período dura tres ó cuatro minutos como máximum, y durante él, la inteligencia y la sensibilidad no existen, y por consiguiente, una vez que el ataque ha pasado, la enferma no recuerda nada. Despues si no sobreviene un nuevo ataque inmediatamente como sucede en los casos graves, entra la enfermedad en el

tercer período, durante el cual recobra de una manera lenta y gradual, el conocimiento y la sensibilidad, quedando durante algun tiempo como atontada y soñolienta. Si los accesos se repiten con un corto intervalo de tiempo entonces la somnolencia es reemplazada por un coma más ó menos intenso, segun la gravedad del caso, pero á pesar de que puede ser tan completo como para producir la muerte durante el ataque, no obstante en la mayoría de los casos no es tan intenso, como lo confirma los gruñidos que dá la mujer cuando se le toca ó se contrae el útero. El número de espasmos es variable, así como el intervalo que los separa; en efecto, en los casos más simples puede solo producirse tres ó cuatro accesos con el intervalo de algunas horas ó de algunos dias; pero en los casos graves, pueden presentarse 50 y hasta 60 accesos con solo el intervalo de algunos minutos. He aquí trazado más ó menos el cuadro sintomatológico que caracteriza el ataque confirmado de eclampsia.

Por él vemos cuán grande es el peligro á que está expuesta la vida de la madre y del feto, así como la gran responsabilidad que pesa sobre el tocólogo en frente de semejante complicacion.

Respecto á la patogenia de esta enfermedad me limitaré á decir que han sido muchas las opiniones emitidas á este respecto, así como las discusiones que se han suscitado entre los profesores más hábiles. Para ser más breve haré solamente una lijera reseña de las diversas opiniones emitidas á este respecto. En efecto: en 1843 el Dr. Lever descubrió la presencia de albúmina en la orina de las mujeres eclámpsicas, y esto fué lo que hizo creer descubierta la causa de esta afeccion, tanto más, cuanto que en el mal de Bright, en su forma crónica, había retencion de úrea en la sangre y se producían convulsiones.

Esto sirvió de base para decir que las convulsiones eclámpsicas eran igualmente debidas á la misma causa, opinando de esta manera los Dres. Braun, Wilson y Frerichs; pero este último decía, fundándose en experimentos hechos en animales, que la causa de las convulsiones era el carbonato de amoniaco que resultaba de la descomposicion de la úrea. Pero en 1861, el Dr. Hammond dijo que no era exacta la opinion del Dr. Frerichs, como lo demostraban los experimentos que había hecho. En 1870 el Dr. Spiegelberg volvió sobre este punto confirmando la opinion del Dr. Frerichs, fundándose para ello en el caso de una mujer eclámpsica que tenía en su sangre un exceso de amoniaco y de úrea y á más en experimentos hechos en perros.

Teniendo en cuenta los datos suministrados por diversos autores, sobre las relaciones de la albuminuria con la eclampsia, se ha dicho que no son tan frecuentes como se creía, y que se han visto muchos casos de mujeres que tienen albúmina en la orina, sin que se produjeran convulsiones La prueba de esto, el Dr. Imbert Gourbeyre, dice que de 164 casos de albuminuria en mujeres embarazadas no se produjeron convulsiones en 95.

Lo mismo dice el Dr. Blott que de 41 casos observados por él, en 34 no se produjo ningun accidente.

Los Dres. Traube y Rosenstein, dicen que las convulsiones son debidas á una anemia aguda del cerebro y que esta última es debida á las modificaciones que sufre la sangre durante el embarazo. Lo mismo opinan con poca diferencia los Dres. Kussmaul y Tenner. El Dr. Tyler-Smith dice que las convulsiones son el resultado de la sobreexcitacion del sistema nervioso durante el embarazo, y se funda para ello en el predominio de este sis-

tema, en la mujer lo mismo que en el niño; estando sujeto por esta causa á que á la menor excitacion se produzcan convulsiones.

De lo que antecede se deduce que ha habido muchas divergencias en las opiniones emitidas al respecto, pero hoy, merced á un estudio más completo de la cuestion, está puede decirse, probado que la verdadera causa de la eclampsia es la albuminuria y retencion de los elementos de la orina en la sangre.

El pronóstico de esta afeccion es muy grave, pues se ha llegado á decir, que de cuatro ó cinco mujeres moría una, esto debido indudablemente á las teorias erróneas acerca de su causa, lo cual hacía que el tratamiento empleado fuese igualmente malo. En efecto, dice el Dr. Barker, que en 1855, cuando reinaba aún la confusion acerca de la causa y el tratamiento era pésimo, la mortalidad era de un 32 por 100 en los casos que la enfermedad se presentaba antes y durante el trabajo del parto; y de un 22 por 100 en los casos despues del mismo. Mientras que en estos últimos tiempos, merced al conocimiento exacto de la causa, y por consiguiente, al mejor tratamiento, la mortalidad máxima es de un 14 por 100.

Lo mismo puede decirse con poca diferencia en lo que se refiere al niño.

Una vez que hemos reconocido la enfermedad, nos queda por resolver cual es el mejor tratamiento. Esta es una cuestion muy delicada, puesto que de su eleccion depende la vida de la madre y el niño. Muchos son los medios que se han empleado y muchos son tambien los malos resultados obtenidos por alguno de ellos, como lo haremos notar á medida que vamos estudiando y pasándolos en revista.

Uno de los tratamientos qne más se han empleado en la eclampsia, llegándose hasta el abuso, considerándole como un específico, es la sangría: esto obedecía simplemente á la falta del conocimiento que tenían en aquella época sobre la verdadera causa de la enfermedad. Así los partidarios de este sistema decían que siendo la plétora sanguínea, la causa de las convulsiones, el mejor tratamiento y el más racional, era disminuir la cantidad de sangre por medio de las sangrías copiosas y repetidas, y es así que Depaul extraía de sus enfermas en solo algunas horas 2000 gramos de sangre; á Denman 1250, á Dawis 1550, y por último, á Blondel, 1850 gramos del mismo líquido. Entre las estadísticas más favorables á este método de tratamiento tenemos la del Dr. Swayne que en 11 casos salvó la vida de 10 madres y 7 niños y la de Bohn que en 20 casos salvó 17.

Como se comprende, merced al conocimiento que hoy tenemos acerca de la causa de esta enfermedad, no podemos aceptar como exactas semejantes conclusiones, porque las sangrías copiosas, lejos de combatir y destruir la causa productora del mal, por el contrario, la acrecentaba, debilitando y quitándole á la mujer las fuerzas con que podía luchar.

En prueba de esto, tenemos las estadísticas publicadas últimamente por los autores modernos que han hecho uso de las sangrías copiosas, las que son completamente contrarias á las publicadas por los partidarios de este método; así el Dr. Sayre, en 26 casos observados por él y tratados por este método, se produjeron 12 defunciones; lo mismo dice el Dr. Liegard que en 28 casos que él observó, la mayor parte tuvo un fin funesto empleando dicho método de tratamiento.

En resúmen, podemos decir que el tratamiento de la eclampsia por medio de las sangrías copiosas es y debe ser rechazado, aún cuando algunos todavía lo usan, como funesto para la vida de la madre y el niño por las causas que más arriba he indicado.

Otro de los tratamientos empleados es la medicacion anestésica; entre estos tenemos: el cloroformo, cloral, morfina, bromuro de potasio, etc. La primera de estas sustancias, sola ó combinada con las otras, produce buenos resultados, haciendo ménos intensos así como disminuyendo ó suprimiendo en algunos casos los paroxismos convulsivos.

De todos modos, la accion de estas sustancias es puramente temporaria, puesto que ninguna de ellas tiene accion conocida sobre la causa de esta enfermedad; sin que por esto deje de prestar grandes servicios en los casos en que la eclampsia ha estallado durante el trabajo del parto ó despues de él.

Se emplean tambien actualmente las inhalaciones de oxígeno, pero este tratamiento solo es aplicable á los casos en que la enfermedad se desarrolla despues del parto, porque es tardío en sus efectos y sobre todo porque dada la gravedad del caso, hay que emplear un tratamiento más seguro y rápido en sus efectos.

Ahora nos queda por estudiar el procedimiento que mejores resultados produce en el tratamiento de la eclampsia, á pesar de las objeciones que se le han hecho como veremos en seguida.

En efecto, entre los tocólogos que se oponen al uso de este procedimiento, tenemos principalmente al Dr. P. Dubois, el que dice que el parto prematuro artificial está contraindicado en estos casos, y se funda para ello, en

las tres razones siguientes: 1ª que dada la rapidez con que se producen las convulsiones eclámpsicas, los procedimientos operatorios obran con suma lentitud para detenerla á tiempo; 2ª que los accidentes convulsivos pueden persistir despues del parto; 3ª y última, que la provocacion del parto es peligrosa porque puede favorecer la repeticion de los accesos.

Como se comprende fácilmente, estas proposiciones en contra del parto prematuro artificial, son susceptibles de refutacion; en efecto: la primera objecion no es exacta, porque actualmente disponemos de medios capaces de poner término al parto en un espacio de tiempo más corto que lo que el Dr. P. Dubois crée; es verdad que esto depende, en gran parte, de la habilidad del cirujano, de modo que sepa sacar de los procedimientos que se emplean con este objeto el mejor partido posible, á fin de que en el tiempo más corto posible, se obtenga el efecto que se desea.

Esto está perfectamente comprobado por los casos citados por el Dr. Joulin, en los cuales los accesos convulsivos eran tan intensos y se repetían con tal frecuencia que todo tratamiento parecía inútil. En estas circunstancias él propuso practicar el parto prematuro, pero uno de los médicos que le acompañaban, se opuso, fundándose para ello, en que la enferma moriría antes de que el parto hubiese terminado.

No obstante esta negativa, contando con la autorizacion de la familia de la enferma, y del médico de cabecera que era el Dr. Reuilly, resolvió provocar el parto, empezando por hacer la dilatacion del cuello del útero, por el método de Barnes, y á las ocho horas despues, el parto había terminado, dardo á luz un niño que murió á las po-

cas horas, y las convulsiones que eran tan intensas y frecuentes, desaparecieron inmediatamente despues de haber terminado el parto.

Como se ve, este caso sirve para probar que no es exacta la objecion primera del Dr. Dubois, y que la mayor ó menor rapidez con que se produce el parto, depende única y simplemente de la habilidad del cirujano.

La segunda objecion tampoco prueba nada, porque en la mayoría ds los casos sucede lo contrario; esto se explica fácilmente si recordamos que la causa de las convulsiones es la retencion de los elementos de la orina en la sangre, ocasionada por la compresion que el globo uterino ejerce sobre el aparato renal, y á más, esto está igualmente confirmado por la opinion delos mismos adversarios, los cuales quieren que tan pronto como se haya dilatado el cuello del útero, se acelere la expulsion del niño por medio de tracciones ejercidas por el forceps.

Por último, la tercera objecion carece igualmente de exactitud, puesto que para que sucediese lo que dice el Dr. P. Dubois, sería necesario que se penetrase á viva fuerza en la cavidad uterina, lo que no se hace, porque hoy poseemos medios de provocar el parto sin violencias de ningun género y con mucha semejanza al modo como la naturaleza produce el alumbramiento.

De lo que antecede, se deduce que el parto prematuro artificial constituye un recurso precioso en el tratamiento de la eclampsia y que sus buenos ó malos resultados dependen de las circunstancias del caso, así como de los medios de que nos valemos para ponerle en práctica, lo mismo que, como he dicho antes y vuelvo á repetirlo, por ser muy importante, de la habilidad del cirujano.

Vamos á precisar los casos en que el parto prematuro

es preferible á los otros medios de tratamiento, principalmente á las inhalaciones de oxígeno y los anestésicos, aun cuando este último recurso puede usarse mientras se provoca el parto.

Mi opinion es la siguiente: en todo caso que seamos llamados para ver una enferma que en los últimos meses del embarazo ha sido atacada de accesos convulsivos intensos, y que se repiten con alguna frecuencia, siempre que ellos sean de naturaleza eclámpsica, estamos autorizados, en interés de la vida de la madre y el niño, sobre todo si éste es viable, á practicar el parto prematuro; lo mismo diremos de aquellos casos en que, sin haberse presentado las convulsiones, existan, por otra parte, algunos ó la totalidad de los síntomas prodrómicos que hemos indicado antes, al tratar de la sintomatologia de esta enfermedad, sobre todo, si examinando la orina, encontramos una cantidad considerable de albúmina. De esta manera, no solo se evita el peligro sino tambien el disgusto que se ocasiona al tocólogo en aquellos casos que, por ser llamado demasiado tarde, ó por haber contemporizado con este estado de cosas, obedeciendo á escrúpulos mas ó menos infundados, deja perecer entre sus manos, á dos séres, cuya vida habria podido salvar si hubiese puesto en práctica el procedimiento que en estos casos da los mejores resultados, en el concepto de los tocólogos mas hábiles de los diversos puntos del continente, entre los cuales podemos citar al Dr. Wallace, el que por medio de este procedimiento pudo salvar la vida de las madres y 4 niños, de seis casos que él observó.

Entre nosotros, ha dado buen resultado el uso de este procedimiento, en los casos de eclampsia desarrollada en los últimos meses del embarazo, pudiendo decir, que

en todos los casos en que se le ha puesto en práctica, la vida de la madre se ha salvado, no así la de los niños; lo que se explica, teniendo en cuenta que estos mueren generalmente durante el primer acceso, sobre todo cuando estos son muy intensos, como sucede en la mayoría de los casos. En prueba de esto, voy á citar el siguiente caso ocurrido en estos últimos dias en la Maternidad de este capital: Luisa Almazar, que así se llamaba la enferma, entró al Hospital Rivadavia el 18 de Julio del presente año; su edad es de 19 años, de color blanco, su nacionalidad argentina, de profesion mucama, soltera, la constitucion es linfática, la conformacion de la pélvis es normal; esta mujer tuvo sus primeras reglas á los 13 años de edad, sin perturbaciones de ningun género, continuando en este estado hasta Enero de este mismo año, época en que se le suprimió haciéndose, segun ella dice, embarazada. Cuando entró á la Maternidad esta mujer estaba embarazada de 7 meses, segun todos los signos que presentaba, y durante todo el tiempo de su embarazo, no habia sentido nada, segun ella dice, continuando en este estado hasta los últimos dias del pasado mes de Agosto, época en que fué atacada de un fuerte resfrio, acompañada de quebrantamiento general del cuerpo, con dolores en la region lumbar y con 39 grados de fiebre. Estos síntomas hicieron presumir que se tratase de una fiebre eruptiva, por lo cual se le administró un sudorífico, continuando en este estado durante tres dias, al cabo de los cuales, fué presa de violentas convulsiones eclámpsicas, que se repitieron cuatro veces en un mismo dia; en vista de esto, se resolvió practicar el parto prematuro, empezando por dilatar el cuello del útero, por medio de duchas de agua caliente, y una vez que la dilatacion fué

completa, se apresuró la expulsion del feto por medio del forceps á causa de que los dolores eran muy lentos é irregulares, y el caso era apremiante; al mismo tiempo se le hizo respirar cloroformo; al cabo de 14 horas de haber empezado la dilatacion del cuello, se extrajo un feto muerto de 7 meses y medio, que pesaba 2,000 gramos. Las convulsiones desaparecieron y la mujer continúa perfectamente bien, sin que estas convulsiones hayan vuelto á hacer una nueva aparicion. A la par de esto, podria citar otros casos ocurridos en la Maternidad, con el mismo buen resultado.

PARTE CUARTA

Antes de dar por terminado este humilde trabajo, voy á indicar los diversos métodos que se usan para provocar el parto.

Entre estos hay unos que obran por intermedio de la circulacion materna, como por ejemplo el cornezuelo de centeno y otros oxitósicos; otros obran poniendo en juego la excitabilidad refleja ó bien destruyendo la integridad fisiológica del huevo.

Los agentes del primer grupo no se usan cuando el feto es viable, porque las violentas contracciones por una parte y la intoxicacion que producen en ciertas ocasiones estos agentes, pueden, ó mejor dicho, producen la muerte de él en la mayoría de los casos. En el segundo grupo es donde existe el mayor número de procedimientos; entre estos tenemos: la puncion de las membranas y evacuacion del líquido amniótico. Este método es el que se usaba entre los antiguos, especialmente por Denman, pero sus efectos son inciertos respecto al tiempo en que produce el efecto deseado, pues unas veces empieza inmediatamente y otras despues de algunos dias, el tra

bajo del parto. A más á consecuencia de la rotura de las membranas y evacuacion consiguiente del líquido amniótico, se destruye el cono líquido tan necesario para mantener abierto el orificio del cuello, y por la misma causa la retraccion uterina comprime directamente al feto y puede determinar lesiones capaces de ocasionarle la muerte. Si el feto no es viable entonces puede ponerse en práctica como el más seguro y eficaz para provocar el aborto. Hay otros procedimientos. Así el Dr. Outrepont usaba las fricciones abdominales y los vendajes apretados; el Dr. Radford, el galvanismo; el Dr. Scanzoni las ventosas en las mamas, á fin de que dado la conexion nerviosa de éstas con el útero, se produjeran contracciones. Todos estos medios, sin ser tan peligrosos como los anteriormente indicados, su eficacia es poco segura.

Entre los procedimientos que se usan, tenemos la dilatacion del cuello; el primero que lo puso en práctica fué el Dr. Klüge, para lo cual se valía de conos de esponja empapados en agua, los que introducía en el cuello del útero, y si al cabo de 24 horas no producía, efecto, sacaba el primer cono é introducía otro mayor, y así sucesivamente hasta que obtenía el efecto deseado. Despues, el Dr. Keiller, de Edimburgo, empleaba sacos de caoutchouc distendidos por el aire; en seguida el Dr. Barnes empleó estos mismos sacos, pero distendidos por el agua, que inyectaba en su interior por medio de la jeringa ordinaria de Higginson. Este procedimiento se decía al principio de su aparicion, y principalmente por el Dr. Barnes, que era un medio seguro para provocar el parto, pero la experiencia ulterior de otros tocólogos, y aun la del Dr. Barnes misma, ha demostrado que este

medio no es tan seguro como se creia, y que á más puede ocasionar disgustos cambiando la posicion del feto; así el Dr. Playfair cita el caso en el cual se sirvió de los dilatadores del Dr. Barnes, y cual no fué su sorpresa cuando notó que la presentacion de vértice que existia antes de introducir los sacos, se había cambiado despues en una de hombros.

Entre los procedimientos que obran directamente sobre el huevo uterino, tenemos: el del Dr. Hamilton, de Edimburgo, el cual consiste en desprender las membranas al rededor del segmento inferior del útero, en una extension de cuatro ó cinco centímetros; para esto se empieza por dilatar el cuello, y una vez que se ha dilatado lo suficiente, se pasa el dedo índice, y en ciertas ocasiones la mano entera entre las membranas y las paredes del útero. Por este procedimiento se produce el parto, es verdad, pero tiene el inconveniente de que es pesado y doloroso, tanto para la madre como para el tocólogo; á más, por lo que hace al tiempo, es inseguro, y al mismo Dr. Hamilton le ha fallado en algunos casos.

Otro de los procedimientos que se emplean y que dá buenos resultados, es el del Dr. Kiwish, que lo puso en práctica por primera vez en 1836, el que consiste sencillamente en arrojar á intervalos una ducha de agua fria ó caliente sobre el cuello del útero. El autor de este método creia que sus buenos efectos eran debidos á la relajacion de las partes blandas empapadas por el agua, y el Dr. Simpson dice, que el agua desprende las membranas, y si á esto se añade la distension del cuello y de la vagina, tendremos explicado el mecanismo como produce el parto este método.

Respecto al número de duchas que son necesarias á

este objeto, varian segun los casos, y el Dr. Kiwish dice: que él ha necesitado de 4 á 17.

El Dr. Cohen, de Hamburgo, ha hecho una modificacion á este método, y consiste en introducir en el interior de la cavidad uterina, una sonda á través de la cual inyecta agua. Este método ha sido muy aplaudido, especialmente por el Dr. Lazarewitch, que dice que dá espléndidos resultados; pero el Dr. Barnes dice lo contrario, y se cree que los casos de muerte por este procedimiento, se debe á la introduccion de aire en los anchos senos venosos de la cavidad uterina. Sin embargo, este método se ha usado mucho en la Maternidad de esta Capital con buen éxito, sin que se haya presentado ningun accidente, como lo atestigua el caso de vicio de conformacion de la pélvis que anteriormente he indicado.

Hay otro procedimiento, el del Dr. Simpson, que consiste en introducir en el interior de la cavidad uterina, hasta el fondo, una sonda, con el objeto de desprender la caduca de las paredes uterinas y dejar la sonda en este sitio hasta que aparezcan los dolores, que es casi invariablemente á las 24 horas. Este método se usa mucho en Alemania é Inglaterra, dando siempre buen resultado, segun se dice. Se le han hecho, sin embargo, algunas objeciones, entre otras, que la sonda puede romper la placenta y producir hemorragias, pero á esto se ha contestado que no es del todo exacto, puesto que rara vez se observa, y que, por otra parte, se puede introducir la sonda por un punto distante de esta última. Respecto á la rotura de las membranas y evacuacion del líquido amniótico, se le ha contestado igualmente que no es exacto, fundándose en que la perforacion se hace á cierta altura, de donde resulta que esta pérdida del líquido

no se efectúa de una manera súbita y en totalidad, sino lenta y gradualmente. Tambien se ha dicho que por este procedimiento los dolores son débiles é irregulares, pero se ha contestado qne en este caso se puede salvar este inconveniente por medio de los dilatadores hidrostáticos de Barnes, y que, una vez hecha la dilatacion, pueden funcionar las membranas.

Cualquiera que sea, por otra parte, la mayor ó menor eficacia de este procedimiento, yo no puedo emitir juicio sobre él porque nunca lo he visto poner en práctica.

Se ha empleado tambien el ácido carbónico en inyecciones por la vajina, pero los Dres. Simpson y Scanzoni opinan que no deben repetirse los ensayos, porque han ocurrido accidentes mortales.

C. Bettolli.

Setiembre 10 de 1888.

Buenos Aires, Setiembre 11 de 1888.

Pase á los Sres. Académico Dr. Albarellos y Catedráticos, titular Dr. Molina y suplente Dr. Fernandez, para informen sobre la admisibilidad de esta Tésis.

C. AGUIRRE,
Decano.

L. de la Cárcova,
Secretario.

Setiembre 18 de 1888.

Señor Decano:

Esta tésis está en condiciones de ser admitida por la Facultad.

Dios guarde al señor Decano.

NICANOR ALBARELLOS.
J. R. FERNANDEZ.
S. MOLINA.

Setiembre 18 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.

C. AGUIRRE,
Decano.

L. de la Cárcova,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Histologia—En los elementos del sistema muscular los nervios terminan en placa.

Anatomia Patológica—La causa patológica de la ataxia locomotriz, es la esclerosis de los cordones de Gall.

Anatomia Descriptiva—Músculos, nervios, arterias y venas de la laringe.

Fisiologia—Contraccion muscular fisiológica.

Terapéutica—Alcohol.

Patologia Externa—De la compresion en el tratamiento de las enfermedades externas.

Patologia Interna—¿La difteria es enfermedad general ó local?

Patologia General—¿Cómo se forma el diagnóstico y cuál es su importancia?

Medicina Legal y Toxicologia—¿Los locos pueden estar sujetos á las leyes penales?

Obstetricia—Funciones del feto.

Oftalmologia—Afecciones de la papila y retina.

Higiene—Hospitales.

Clínica Médica—¿Qué tiempo de convalecencia se requiere en la fiebre tifoidea?