61
2665
T 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PARTO PREMATURO ARTIFICIAL

TESIS INAUGURAL

DE

ABEL E. SIMONOVICH

BUENOS AIRES

Imprenta de Martin Biedma, Bolívar 535.

1890

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PARTO PREMATURO ARTIFICIAL

TESIS INAUGURAL

DE

ABEL E. SIMONOVICH

BUENOS AIRES

Imprenta de Martin Biedma, Bolivar 535.

1890

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en la tesis.

(Art. 162 del Reglamento.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. DON MAURICIO GONZALEZ CATAN

Académicos honorarios

Dr. D. SANTIAGO LARROSA
« « ERNESTO ABERG
« « PABLO MARENGO
« « NICANOR ALBARELLOS

Académicos titulares

Dr. D. MANUEL PORCEL DE PERALTA
« « MAURICIO GONZALEZ CATAN
« « MANUEL ARAUZ
« « LEOPOLDO MONTES DE OCA
« « EDUARDO WILDE
« « JOSE T. BACA
« « RAFAEL HERRERA VEGAS
« « IGNACIO PIROVANO
« « PEDRO MALLO
« « JOSÉ M. ASTIGUETA
« « MARTIN SPUCH
« « JACOB DE T. PINTO
« « EUFEMIO UBALLES
« « JUAN R. FERNANDEZ.
« ENRIQUE E. DEL ARCA.

Secretario

Dr. D. LUIS DE LA CÁRCOVA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía descriptiva	Dr. Juan José Naon.
Anatomia topográfica	» Mauricio Gonzalez Catan.
Histolojía teórico-práctica	» Francisco A. Tamini.
Fisiolojía jeneral y humana	» José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	» Antonio F. Crespo.
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos	» Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma.
Patolojía esterna	» Guillermo Udaondo.
Patolojía interna	» Manuel Arauz.
Anatomia Patológica	» Telémaco Susini
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica	» Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica	» Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	» Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas	» Jose M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y clinica respectiva	» Lucio Mrlendez
Clínica Quirúrjica	» Ignacio Pirovano. / Julian Aguilar.
Clínica Médica	» Eufemio Uballes. / Juan B. Gil.
Obstetricia y Clínica respectiva	» Samuel A. Molina.
Medicina legal y Toxicolojía	» Eduardo Wilde.
Química aplicada á la Medicina / Química aplicada á la Farmacia	» Pedro N. Arata.
Farmacia y práctica farmacéutica	» Juan A. Boeri.

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomia descriptiva	Dr. D. Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	» » Juvencio Z. Arce.
Histolojía teórica práctica	» » Andrés F. Llobet.
Fisiolojía jeneral y humana	» » Cárlos Villar (en ejercicio) / Jaime R. Costa.
Higiene pública y privada	» » Meliton G. del Solar. / Enrique Revilla (en ejercicio)
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos	» » Claudio Benitez.
Materia Médica y Terapéutica	» Enrique E. del Arca. / Angel M. Centeno.
Patolojía esterna	» » Obdulio Hernandez.
Patolojía interna	» » Jose Penna
Anatomía patológica	» » Carlos Malbran(en ejercicio).
Medicina operatoria	» » Vacante.
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica	» » Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica	» » Antonio F. Piñero. / Facundo Larguia.
Enfermedades de los ojos y elínica oftalmológica	» » Eduardo Obejero. / Francisco Barraza.
Enfermedades nerviosas	» » José A. Esteves.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	» » Domingo Cabred.
Clínica Quirúrjica	» » Vacante. / Antonio C. Gandolfo.
Clínica Médica	» » Gregorio N. Chaves. / Abel Ayerza.
Obstetricia y Clínica obstetricial	» » Luis F. Vila / J. R. Fernandez.
Medicina legal y Toxicolojía	» » Eduardo Perez (en ejercicio) / Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina / Química aplícada á la Farmacia	Vacante.
Farmacia y práctica farmacéutica	» » Atanasio Quiroga.

PADRINO DE TESIS

DOCTOR JUAN R. FERNANDEZ.

A la memoria de mis padres

A mis hermanos

INTRODUCCION

«La excelencia del arte del partero consiste en salvar dos individuos á la vez»

(LEVRET).

El parto prematuro artificial es una operacion que tiene por objeto determinar la espulsion del feto antes del término normal del embarazo, en una época en que la viabilidad del producto de la concepcion está asegurada, en mugeres que tienen pelvis estrechas para permitir el paso de un niño vivo á término, ó que están afectadas de enfermedades producidas ó agravadas por la preñez y que amenazan seria y próximamente la existencia de la madre y la del niño.

Una marcada separacion existe, como se vé, entre el parto prematuro y el aborto provocado, que es el sacrificio del niño en beneficio de la madre; separacion que es necesario mantener tanto en teoría como en la práctica.

Despues de medio siglo de ardientes y apasionadas controversias, en medio de las cuales parecía destinado á sucumbir, el parto prematuro artificial ha salido al fin victorioso y hoy es considerado por todos los parteros como una de las más grandes conquistas del arte Obstétrico.

Esta operacion no hace desaparecer, es verdad ni la

Embriotomía ni la Operacion Cesarea; pero disminuye considerablemente el campo de sus indicaciones, porque las pelvis que requieren su aplicacion no son ciertamente las más numerosas.

Hasta hace poco tiempo, entre nosotros, la mayor parte de las mugeres en que se encontraba indicada su aplicacion dejaban escapar la oportunidad de aprovecharlo, ya sea por que la opinion del médico no era consultada respecto á la capacidad de la pelvis ó á la posibilidad de un parto espontáneo á término, ó porque oponían una resistencia invencible al exámen de su canal genital. Hoy dia, este sistema que tantas vidas ha sacrificado, tiende afortunadamente á desaparecer y las grandes operaciones de obstetricia se hacen cada dia ménos frecuentes.

He tenido ocasion, durante el tiempo que fuí interno de nuestra Maternidad, de apreciar las múltiples indicaciones y los resultados satisfactorios del parto prematuro artificial, y esta circunstancia ha hecho que haga de este punto el tema de mi disertacion inaugural.

En la esposicion de este pequeño trabajo seguiré el órden siguiente:

I. Historia del parto prematuro artificial.
II. Indicaciones.
III. Métodos operatorios.
IV. Cuidados á dar al recien nacido.
V. Observaciones.

Nada nuevo presento á vuestra consideracion. He querido solamente ocuparme de un punto práctico de obstetricia y he agrupado en esta Tésis, con más ó menos órden, los conocimientos que he adquirido de esta importante rama de las Ciencias Médicas, con la lectura de las obras de sus grandes maestros y algunas observaciones recojidas durante mi internado.

Si merece vuestra aprovacion habré realizado el objetivo de mis aspiraciones.

I

HISTORIA

La idea de provocar el parto prematuro parece haber tomado su orígen en la enseñanza muy comun del parto prematuro accidental.

Es un conocimiento vulgar é inmemorable, que los niños que nacen á los siete meses son perfectamente viables, y que las mugeres en las cuales el embarazo se interrumpe en esta época, no sufren más que aquellas en que la gestacion llega hasta su término normal.

En 1690, Siegmundin practicaba la perforacion de las membranas fetales en los casos de hemorragias graves ocasionadas por la insercion viciosa de la placenta; pero en aquella época se preocupaba poco del niño y solo se tenía en cuenta la vida de la madre. Puzos en 1707, aconsejaba introducir á viva fuerza la mano en la matriz para terminar el parto, cuando un accidente grave venía á complicar el embarazo en sus últimos meses. Este consejo seguido después por algunos parteros de esa época.

tales como Bohn, Guillemeau etc., llevó un primer ataque á la inviolabilidad de la preñez y habría la vía á las otras indicaciones del parto prematuro.

A mediados del siglo XVIII aparecen las primeras observaciones de partos provocados en las estrecheces de la pelvis. Denmann nos refiere que en 1756, los más célebres médicos de Lóndres se reunían para discutir las ventajas que se podían obtener de esta operacion, y la aprobacion, dice, fué unánime.

Macaulay fué el primero que la introdujo en la práctica y su primer ensayo le fué satisfactorio. C. Kelly operaba después, en la misma muger, en épocas diferentes y obtenía dos éxitos. A partir de este momento el parto prematuro entra de lleno en la práctica inglesa y se ensancha progresivamente el campo de sus indicaciones. ¡Honor á Inglaterra que ha sido la primera en proclamar la excelencia de sus resultados!

En 1799, hacía su aparicion en Alemania, donde encontró una acojida favorable; May lo aconseja el primero, inmediatamente de ser conocido allí, pero no fué sinó más tarde en 1804, que era practicado por Wenzel por primera vez; Krausse, en 1813, publica algunas observaciones, pero es recien después de la aparicion de la obra de Reisinger, en 1820, que esta operacion fué bien conocida y aceptada por todos los parteros alemanes.

De ahí pasó á Holanda, donde Salomon, Themen

y Wellembergh se declaran ardientes partidarios de este nuevo método y contribuyen á divulgarlo. En Italia Lovati, Billi y Ferrario hacían á su vez nuevas publicaciones en que se demostraban los éxitos brillantes que éstos autores habían obtenido con la provocacion del parto prematuro.

España, miéntras tanto no permanecía indiferente ante este movimiento científico que se operaba en Europa entera, y la cuestion del parto prematuro artificial fué llevada á la Academia Quirúrjica, en 1846; los debates á que dió lugar fueron ruidosos y tuvieron largo tiempo absorbida toda la atencion de esta asociacion científica. Por fin, la Academia resolvió sancionar por unanimidad la práctica de esta operacion, pero con la condicion esplícita de no recurrir á ella sinó en casos especiales, sin darle preferencia sobre las otras operaciones de tocología, y debiendo entregar siempre á la publicidad, el caso en que fuese aplicada.

En Francia ha sido donde el parto prematuro ha encontrado mayores resistencias. Propuesto en 1818 por Roussel de Vanzesmes, fué sin embargo rechazado en la Academia de Medicina en 1827, bajo la influencia de la oposicion sistemática de Baudelocque y de sus discípulos.

Los médicos legistas contribuyeron en gran parte á este rechazo, sobre todo Capuron y Orfila que parecen haber confundido el parto prematuro con el aborto provocado; pero es justicia hacer una excepcion en honor de Foderé que tantos esfuerzos hizo

para justificar su aprobacion. Ápesar de todo, en 1831, Stolz practicaba el parto prematuro, en Francia, por primera vez, y obtenía un feliz resultado. Desde este momento, los éxitos se multiplican; aparecen los trabajos de P. Dubois, Dezeimeris, Lacour, Seé etc., llenos de observaciones concluyentes y el parto prematuro artificial fué aceptado por todos los autores, aun por aquellos que más habían hecho por desacreditarlo.

II

Indicaciones

—

Estrecheces de la pelvis.—Vómitos inoersibles.—Eclampsia.—Placenta previa.—Muerte habitual del feto.—Hipertermia.—Lesiones cardio-vasculares.—Corea.—Hidramnios—Tumores.

—

Estrecheces de la pelvis.—Las estrecheces de la pelvis son indudablemente una de las más frecuentes indicaciones del parto prematuro y para las cuales fué creada esta operación.

Afortunadamente, entre nosotros, estos vicios de conformacion no son muy comunes, debido á que nuestra poblacion no sufre la influencia de la alimentacion insuficiente, ni la privacion de sol y de luz que son las causas habituales del raquitismo, este gran generador de los vicios pelvianos.

No todos los grados de estrechez requieren la interrupcion del embarazo, puesto que la pelvis puede perder 2 centímetros y más, en todos sus diámetros, sin comprometer sériamente el parto á térmi-

no. La cabeza del feto á término, de 9 á 9.5 centímetros puede con algunos esfuerzos, franquear una pelvis en estas condiciones; y la necesidad de señalar un límite, dentro del cual debe practicarse el parto prematuro, se impone desde luego.

Con la mayor parte de los autores, señalaremos como límite máximum, la suma de 8.5 centímetros en el diámetro antero-posterior, sin desconocer que circunstancias especiales, tales como el volúmen exajerado de la cabeza del niño, ó los antecedentes de un parto difícil anterior, puedan necesitar la provocacion del parto en pelvis de mayor capacidad.

En cuanto al límite inferior, él era fijado en 6.5 centímetros en el mismo diámetro; pero en estos últimos años, algunos parteros separándose un poco de las ideas reinantes al respecto, han propuesto bajar este límite hasta la suma de 4.5 centímetros. Algunos éxitos obtenidos con este grado de estrechez, unidos al perfecionamiento de los medios con que contamos hoy dia para sustraer al recien nacido á la influencia de los medios exteriores, hasta una época en que él pueda bastarse por sí solo, parecen justificar la provocacion del parto en éstas condiciones. Siguiendo á estos autores, que buscan disminuir las indicaciones de la operacion cesarea, tan funesta para la madre, y la embriotomía que sacrifica el niño, creemos que debe fijarse como límite inferior la suma de 4.5 centímetros en el diámetro A. P.

El niño nacido en estas condiciones, tiene es cierto, pocas probabilidades de sobrevivir, pero por mínimas que sean, es preferible hacerlo correr los riesgos del parto prematuro, que entregar su vida al cefalotribo ó someter á la madre al cuchillo cesareano.

Una cuestion de gran importancia se presenta en la provocacion del parto prematuro: conocer el período en que se encuentra el embarazo. Cuando faltan signos bien definidos es fácil incurrir en error, y se citan casos de este género debidos al volúmen del útero en embarazos gemelares é hidramnios, en que se ha provocado el parto antes de la viabilidad del niño.

Los calendarios obstétricos formulados para calcular la época del parto, tomando como base la desaparicion de la menstruacion, están sujetos á grandes variaciones que hacen posible un error de quince á veinte dias. Tratándose de las estrecheces de la pelvis, se comprende toda la importancia de una equivocacion semejante, que puede dejar escapar el momento preciso de la intervencion. El estado de las mamas y de la porcion vaginal del cuello uterino estan sujetos á variaciones infinitas, y no pueden, en muchas circunstancias darnos datos ni aún aproximados.

Ahlfeld ha trado de calcular la edad del embarazo, segun el volúmen del feto; ha demostrado que cuando este se halla en flexion en la cavidad uterina, su eje longitudinal corresponde casi exacta-

mente á la mitad de su longitud total, cuando se coloca en la extension. Este autor lo mide con un compás de espesor, colocando una de las ramas, por la vagina, sobre la cabeza del feto, y la otra sobre las paredes del abdómen de la madre, en el sitio en que se nota la extremidad pelviana.

La longitud del feto á término es de 50 á 52 centímetros próximamente, y segun la cantidad que dé la medida del niño fexionado, se deduce la edad de la preñez.

El siguiente cuadro encierra el resultado de sus cálculos, tomando la media, despues de observaciones numerosas.

Eje del feto en la cavid-uterina	Longitud de id. al nacimiento	Edad del embarazo
259 milímetros	500 milímetros	38 á 40 semanas
237 »	475 »	35 » 37 »
225 »	450 »	31 » 34 »
200 »	400 »	29 » 30 »

Estos datos solo son aproximados y pueden variar porque hay grandes diferencias individuales en la longitud de la cabeza del feto en un mismo período de la gestacion; sin embargo, ellos tienen su importancia y merecen que se les tenga en cuenta, sobre todo cuando los otros signos no sean bastante concluyentes.

No basta conocer la edad del embarazo, es indispensable conocer tambien el volúmen de la cabeza del niño. Los trabajos de Blot, Budin, etc., han demostrado que el diámetro biparietal

aumenta un centímetro por mes, y que el diámetro ántero-posterior de la pelvis dá el mes en que debe interrumpirse el embarazo.

Así, debe practicarse el parto prematuro en las épocas siguientes:

á los	8 ½	meses	cuando la	pelvis	tiene	8 ½	cent. en el diám. A. P.
»	8	»	»	»		8	»
»	7 ½	»	»	»		7 ½	»
»	7	»	»	»		6 ½ á 7	»
»	6 ½	»	»	»		5 ½ á 6	»
»	6	»	»	»		4 ½ á 5	»

Se sabe que la cabeza del feto á término, puede reducirse un centímetro en su diámetro biparietal, sin peligro ninguno para su vida; á los seis meses la reduccion es mayor y puede llegar á centímetro y medio, lo que le permite atravesar una pelvis de 4 1|2 centímetros sin gran dificultad.

Conocer con exactitud el grado de estrechez de una pelvis, es cuestion muy difícil; los pelvímetros por perfectos que sean, dan solo datos aproximados y nos exponen á grandes errores. Idéntica cosa puede decirse del volúmen de la cabeza del feto.

Teniendo en cuenta las dificultades señaladas, el Dr. M. P. Müller (de Berna) ha presentado á la «Asamblea de Naturalistas y Médicos alemanes,» de Strasburgo, en 1885, un procedimiento destinado á prestar un concurso poderoso al parto prematuro.

Veamos cómo él describe su procedimiento: «Se trata de poder determinar en cada caso especial, «la relacion que existe entre la cabeza y el tamaño

«del canal pelviano, antes que la desarmonía alcan-
«ce el grado que requieren las grandes operaciones
«de obstetricia. Desde el momento que la mensu-
«racion y los otros síntomas conocidos me revelan
«que en un momento dado la cabeza será muy gran-
«de para pasar por la pelvis, examino una vez por
«semana la relacion que existe entre las dos partes,
«obligando á la cabeza á introducirse en la escava-
«cion. Con ayuda de dos manos operando exte-
«riormente y con muchas precauciones, doy á la
«cabeza una posicion mediana, y despues empujando
«sobre el occipucio la hago entrar en la pelvis; du-
«rante este último período del exámen, vigilo los
«movimientos de la cabeza por medio de un dedo
«introducido en la vagina, mientras que un asis-
«tente fija el niño y continúa la presion si es nece-
«saria. Es claro que la presion debe ser hecha
«en la direccion del eje de la pelvis. Mientras la
«cabeza entra fácilmente, me abstengo de toda
«intervencion; pero cuando se hace difícil ó muy
«difícil hacerla entrar, procedo al parto prematuro;
«entonces la naturaleza vence esta dificultad.» Re-
fiere cinco observaciones en las cuales él ha po-
dido, por este procedimiento, conocer el momento
precioso de la intervencion.

Este método, que reune sencillez y precision, debe, pues, emplearse siempre en los casos de deformaciones de la pelvis, sobre todo cuando los otros signos no sean bien definidos.

Vómitos incoersibles.—Los vómitos incoersibles son una complicacion de la primera mitad del embarazo; sin embargo, es frecuente verlos aparecer por primera vez en los últimos meses ó prolongarse hasta esa fecha sin que un tratamiento médico haya conseguido hacerlos desaparecer.

Toda la inmensa cantidad de medicamentos propuestos contra los vómitos incoersibles, ensayados unos despues de otros, son la mayor parte de las veces impotentes para combatir esta terrible complicacion que hace la desesperacion del médico y de la familia.

Llega un momento en que el estómago no tolera ninguna clase de alimentos, por asimilables que sean, y en que hasta los medicamentos son vomitados inmediatamente despues de su administracion; la desasimilacion hace progresos rápidos y todo nos hace preveer una terminacion fatal próxima. Y bien, en estas condiciones, el único medio salvador es la provocacion del parto.

Las primeras tentativas hechas en este sentido no han sido muy felices, quizá porque se recuria á él demasiado tarde; en efecto, el éxito de la operacion depende del momento elegido para practicarla. Es necesario, como dice P. Dubois «no obrar demasiado temprano ni demasiado tarde.»

Creo oportuno recordar ligeramente la sintomatología de los vómitos incoersibles, para señalar

en seguida el momento preciso de la intervencion.

Todos los autores describen, para la comodidad de su estudio, tres períodos en los vómitos incoersibles, cuyos síntomas salientes son los siguientes:

Primer período. Estado nauseoso casi contínuo, dolores gástricos, ansiedad, fatiga, disminucion de las fuerzas, depresion moral, etc.

Segundo período. Agravacion de todos los síntomas anteriores y aparicion de la fiebre; vómitos incesantes, piel caliente y seca, extremidades frías, dolor de cabeza, etc.

Tercer período. Los vómitos cesan ó disminuyen, la fiebre es contínua, alucinaciones, delirio, pulso de 120 á 140, etc.

¿En qué momento es necesario provocar el parto? Un acuerdo unánime existe entre los autores, sobre este punto: es necesario operar en el segundo período, para obtener resultados satisfactorios para la madre y el niño.

En efecto, intervenir más temprano sería interrumpir un embarazo que quizás habría llegado al término normal, con un tratamiento bien instituido; operar más tarde, cuando la fiebre es contínua, cuando los fenómenos cerebrales aparecen, cuando el adelgazamiento es extremo, con un corazon que late ciento veinte á ciento cuarenta veces por minuto, es comprometer casi seguramente el buen éxito de la operacion, pues, todos los casos

operados en estas condiciones han sido fatales á la madre y al niño.

Es indispensable observar atenta y cuidadosamente la aparicion y la marcha de cada uno de los síntomas, no insistir demasiado tiempo ni confiar mucho en la pretendida especificidad de las sustancias medicamentosas preconizadas por todos los autores contra los vómitos incoersibles, no espeperar, en una palabra, la aparicion de los síntomas del tercer período, si no se quiere dejar escapar la época preciosa de la intervencion.

Eclampsia.—La provocacion del parto en la eclampsia no es aun aceptada por todos los autores.

El acuerdo existe cuando las convulsiones eclámpsicas han determinado un principio de dilatacion del cuello uterino; en estas condiciones todos aconsejan la terminacion del parto lo más pronto que sea posible por medio del forceps ó la version. Pero cuando, á pesar de los accesos convulsivos, el trabajo no se declara por sí solo, el acuerdo cesa y las opiniones se dividen de una manera radical. Los unos quieren que se provoque el parto, por medio de uno de los numerosos procedimientos que describiré más adelante, los otros se oponen á toda intervencion operatoria.

La cuestion es muy delicada y de una solucion difícil, y en presencia de un caso de esta naturaleza, la mayor parte de los médicos vacilan en la eleccion de la conducta á seguir, es decir, si provocar el

parto ó recurrir á los otros medios de que se dispone: cloral, sangría, cloroformo, etc.

Los partidarios de la nó intervencion obstétrica, se fundan en que las convulsiones no desaparecen *siempre* despues del parto y que muchas veces se producen despues del alumbramiento; en que siendo la eclampsia una enfermedad aguda, la provocacion del parto duraría más que la enfermedad misma; y en que, finalmente, las maniobras necesarias para provocar el trabajo, despertarían el reflejo uterino y agravarían las condiciones de la parturienta.

Los que opinan que debe procurarse la deplesion del útero, cualquiera que sea el estado del cuello uterino, se hacen el razonamiento siguiente: Si bien es verdad que las maniobras forzadas y bruscas, despiertan el reflejo del órgano gestador, tambien no es menos cierto que despues de la expulsion del niño, las convulsiones cesan, en la gran mayoría de los casos, ó por lo menos se hacen mucho menos intensas y vuelven á intérvalos más alejados; los procedimientos operatorios de que disponemos hoy dia, obran con suavidad y con la rapidez necesaria para terminar el parto en unas cuantas horas.

En cuanto á mí, pienso que en presencia de una mujer embarazada y atacada de eclampsia la duda no es permitida, y que el parto prematuro debe provocarse siempre.

Mis observaciones me han enseñado que si no se

interviene, el niño muere casi siempre durante las convulsiones de la madre; que no debe considerarse la muerte del feto como una contra-indicacion á la provocacion del parto, no porque tema los fenómenos que algunos autores creen que dá lugar la permanencia del feto muerto en la cavidad uterina, sino porque la expulsion del contenido del útero basta muchas veces para poner fin al ataque de eclampsia.

Un caso práctico al respecto: Una mujer ha llevado su embarazo á término sin ninguna complicacion; pare con toda felicidad, y dos horas despues, un ataque de eclampsia se produce; se le hizo una inyeccion intra-uterina y arroja un gran cuágulo sanguíneo y las convulsiones desaparecen. Era indudable que este cuágulo, obrando como cuerpo extraño en la cavidad del útero, era la única causa de la convulsion.

Placenta prévia:—Supongamos una mujer que á los siete meses de su embarazo tiene una hemorragia abundante y que el exámen de la enferma nos revela una insercion viciosa de la placeuta, ¿qué hacer en este caso?

Hasta hace poco tiempo se contentaba con administrar opio y hemostáticos al interior, taponar la vagina é imponer reposo en la esperanza que el embarazo llegase al término normal.

Esta conducta daba siempre resultados negativos, pues á medida que el embarazo hacía progresos se desprendía mayor superficie placentaria, las he-

morragias se hacían más abundantes cada dia y se dejaba á la enferma en un peligro inminente.

El Dr. Greenhalgh, en una memoria presentada á la «Sociedad Obstétrica de Londres», en 1880, propuso la provocacion del parto prematuro en los casos de hemorragia por insercion viciosa de la placenta y la iniciativa fué bien recibida. Por lo demás, el taponamiento de la vajina aconsejado por todos los autores como medio de combatir la hemorragia, obra tambien sobre el cuello del útero, despierta las contracciones de este órgano y, en-definitiva no es sino un método para provocar el trabajo del parto, como tendré oportunidad de de cirlo en el curso de este trabajo.

Por las consideraciones que anteceden, se vé, pues, que siempre que una hemorragia se declare en el curso de un embarazo llegado á la época de la viabilidad del feto, la mejor conducta á seguir, la única que puede salvar la vida de la madre y la del niño, es la provocacion del parto prematuro.

Muerte habitual del feto.—Mujeres hay en las cuales el feto sucumbe en varios embarazos seguidos, casi en una misma época, sin que se sepa á qué atribuir esta coincidencia. Se ha preguntado si en estas circunstancias, el parto prematuro practicado algunos dias ántes de la fecha en que los fetos anteriores han sucumbido, no podría salvar la vida del niño.

Antes de contestar una pregunta semejante, es menester indagar la causa de la muerte del niño.

Entre estas causas, que son tan numerosas, figuran en primera línea la sífilis, las enfermedades de la matriz, de los anexos del feto y las distrofias constitucionales de la madre, como la anemia y las intoxicaciones alcohólicas, saturnina, nicotínica, etc.

Cuando la muerte del feto reconoce por causa una enfermedad de sus anexos, el médico se encuentra casi siempre desarmado, porque los conocimientos que se poseen sobre su patolojía son muy reducidos y no nos permiten instituir una terapéutica científica. No sucede lo mismo cuando se descubren ó se sospechan antecedentes sifilíticos en los padres, porque entonces el precepto de Depaul se impone como único recurso para llevar el embarazo hasta su término normal.

En efecto, este célebre maestro aconseja someter á todas las mujeres que tienen abortos repetidos, sin causa, al parecer apreciable, á un tratamiento antisifilítico despues de un aborto ó durante la preñez. Numerosas observaciones se rejistran en todos los autores, de mujeres que despues de haber tenido varios abortos ó partos prematuros con muerte del niño, han conseguido llevar la gestacion á su término normal, despues de haberse sometido á este tratamiento.

En cuanto á las enfermedades de la matriz, ellas deben ser tratadas durante la época de reposo de este órgano, ya sea modificando el estado de su

superficie interna ó cambiando la direccion de su eje cuando haya adquirido una posicion viciosa.

Pero cuando á pesar de un tratamiento médico bien instituido, segun estas diversas causas, no se obtiene el resultado que se busca, el parto prematuro artificial está perfectamente indicado y lo considero como el único medio de salvar la vida del niño.

Es bueno tener presente que la observacion ha demostrado que la muerte del feto sobreviene tanto más tarde, cuanto mayores han sido los abortos anteriores, dato muy digno de tener en cuenta en beneficio del niño.

Hipertermia.—Se sabe que la madre comunica al feto su calor, lo mismo que todos los demás elementos que su vida necesita; pero á más de este calor trasmitido, el niño tiene tambien el suyo propio, de lo que resulta que éste tiene siempre una temperatura más elevada que la madre.

Experiencias hechas, colocando un termómetro en la boca del niño en el momento del trabajo del parto, en las presentaciones de cara, y en el recto, en las de nalgas y tomando la media de las temperaturas así obtenidas, han constatado que el niño tiene cinco décimas de grado, próximamente, más que la temperatura materna. Otros observadores han constatado la aceleracion enorme de los latidos del corazon del feto en los casos de fiebre intensa de la madre, y aseguran que tanto las remisiones, como las exaservaciones se producen tambien en el niño.

Por mi parte, he tenido la ocacsion de seguir paso á paso las modificaciones de los latidos del corazon fetal, en todas sus faces hasta el momento de su muerte, en una mujer atacada de fiebre tifóidea en el octavo mes de su embarazo.

Runje ha tratado de conocer la influencia que tiene sobre la vida del feto, la elevacion de la temperatura de la madre. Ha hecho una serie de experiencias en conejas preñadas, colocándolas en estufas calentadas de 60 á 80 grados; cada diez minutos toma la temperatura de los animales en experiencia y al cabo de una hora próximamente, la temperatura se eleva de 39 á 41 grados.

Cuando obtiene este grado de calor, sacrifica los animales, les abre el útero y encuentra los fetos muertos ó vivos, pero con una temperatura siempre mayor, en varias décimas, á la temperatura de la madre; los fetos morían cuando ésta llegaba á 41.5°, y se encontraban vivos cuando no pasaba de 40.5°. Las lesiones observadas en la autopsia, son la dilatacion del corazon y la dejeneracion del músculo cardíaco.

En presencia de éstos hechos, algunos parteros han pensado que en casos de enfermedades febriles de larga duracion y cuya temperatura alcance y se mantenga al rededor de 40°, en mujeres embarazadas de más de siete meses, la provocacion del parto prematuro podria salvar la vida del niño.

Las tentativas han sido hechas en la neumonia y en todos los períodos de la fiebre tifóidea; los

resultados obtenidos no son muy satisfactorios, porque la mayor parte de los niños han muerto al-nos dias despues del nacimiento, En cuanto á la madre parece que la provocacion del parto no ha influido en nada la marcha de éstas afecciones.

Entre nosotros, ninguna tentativa ha sido hecha, que yo sepa, en este sentido; no estamos, pues, en condiciones de pronunciarnos respecto al valor y á la justificacion de su empleo. Considero, sin embargo, este punto muy digno de estudio y lo señalo á la consideracion de mis colegas.

Lesiones cardio-vasculares:—Despues de los trabajos de Larcher, Ducrest, Duroziez, etc., se sabe que el ventrículo izquierdo se hipertrofía durante la preñez, y que esta hipertrofia temporaria puede hacerse permanente si los embarazos se repiten muy á menudo. Esta hipertrofia es producida por el aumento de la masa total de la sangre que trae como consecuencia necesaria la mayor tension vascular demostrada por los estudios esfimográficos de Marey.

Además, la miocarditis, las endocarditis agudas y crónicas no son raras durante el embarazo; pero estas lesiones no interrumpen, por lo general, el curso de la gestacion y por consiguiente no requieren la intervencion obstétrica. No sucede, desgraciadamente, idéntica cosa con las lesiones valvulares anteriores al embarazo; éstas sufren una agravacion tal, que producen muy á menudo el aborto, cuando no terminan con la vida de la madre y la del producto de la concepcion.

Como no todas las lesiones valvulares tienen la misma gravedad, es necesario separarlas cuidadosamente para apreciar la conveniencia de provocar el parto prematuro. Segun la estadística de Porak, que ha reunido el mayor número de observaciones, resulta que las lesiones aórticas producen la muerte de la madre en un 23 °/₀ de los casos, sin tener en cuenta los niños que no han sido tomadas en consideracion; las lesiones mitrales tienen diferente gravedad segun su naturaleza, pues, mientras que la insuficiencia solo da un 13 °/₀ de mortalidad, la estenosis arroja la enorme cantidad de 60 °/₀!

La terapéutica cardiaca no dá sus maravillosos resultados durante el embarazo, sobre todo cuando existen complicaciones pulmonares, por lo demás habituales en estos casos. La sangría preconizada por Peter no basta para conjurar estos accidentes.

En estas circunstancias y cuando el tratamiento médico no dá resultados, la provocacion del parto prematuro encuentra una preciosa indicacion y se impone como una necesidad, especialmente en la estenosis mitral, para prevenir las funestas consecuencias que trae consigo la continuacion de la preñez hasta su época fisiológica.

Corea:—Entre las neurosis que pueden requerir la interrupcion del embarazo en beneficio de la madre, figura la corea en primera línea. Ella puede hacer su aparicion en todos los períodos de la gestacion, y su sintomatología no difiere en nada de

la corea vulgar; puede revestir sus formas habituales, ligeras ó graves y cuando toma esta forma, las complicaciones cerebrales, tales como la manía, insomnio, y la exageracion de los movimientos convulsivos, etc., son relativamente frecuentes.

Puede terminar de una manera favorable despues del parto ó algunos dias despues; sin embargo, no sucede siempre así, y la muerte de la madre suele ser la consecuencia, ya sea por el hecho mismo de la corea ó por sus complicaciones. Barnes, da una mortalidad de 28 °/₀.

La medicacion de la corea: bromuros alcalinos, morfina, cloral, arsénico, zinc, tónicos, etc., suele ser impotente en la corea gravídica, y algunos parteros han pensado en el aborto provocado y en el parto prematuro. Spiegelberg, que es partidario entusiasta de la intervencion, ha hecho conocer resultados que justifican claramente la importancia de este procedimiento operatorio.

Es prudente, sin embargo, no recurrir á él sino en las formas graves de la corea y cuando el tratamiento médico se ha mostrado insuficiente.

Hidramnios:—La hidropesia del amnios no es una complicacion frecuente del embarazo, puesto que se la observa solamente en la proporcion de 1°/₀; pero hay que tener presente, sin embargo, que en los cálculos que se han hecho sobre su frecuencia, solo figuran los casos más notables en que la cantidad del líquido alcanza varios litros.

No obstante su poca frecuencia, es una compli-

cacion digna de tenerse en cuenta, vista la influencia que ejerce sobre el embarazo. En efecto, el trabajo se declara casi siempre prematuramente y los niños mueren en un cuarto de los casos. Además el hidramnios predispone á la eclampsia por las compresiones que el útero, distendido sobre medida, ejerce sobre el aparato renal.

El tratamiento médico instituido contra esta afeccion, es la mayor parte de las veces ilusorio, puesto que la causa misma de la enfermedad no es aún bien conocida. Debo hacer notar, sin embargo, que la sífilis suele ser una de sus causas más comunes y entonces el tratamiento por el mercurio y el ioduro de potasio dá buenos resultados.

Pero cuando el tratamiento habitual de esta complicacion: diuréticos, sangría, aspiracion del liquido á través de las membranas ó de la pared abdominal, no dá resultado y cuando el hidramnios determina accidentes graves, tales como distension exagerada del útero, disfnea, imposibilidad de mantenerse en la posicion horizontal, etc., entonces el parto prematuro encuentra su indicacion.

Tumores:—Los tumores desarrollados en las paredes de la pelvis, los miomas del segmento inferior del útero y los quistes del ovario, con largo pedículo, pueden obstaculizar el pasaje del niño en la época normal del parto. Para apreciar la conveniencia y la oportunidad del parto prematuro en estas condi-

ciones, es necesario conocer el sitio exacto del tumor, su naturaleza, su movilidad, la posibilidad de hacer disminuir su volúmen por medio de la aspiracion ó hacerlos desaparecer por medio de una operacion radical, tal como la Ovariotomia, Histerotomia ú operacion de Porro.

Cuestion es esta sobre la cual no pueden sentarse reglas invariables para todos los casos, por la variabilidad de circunstancias que pueden presentarse y que el médico debe resolver segun cada caso particular.

Todos sabemos la dificultad que presentan al diagnóstico los tumores del abdómen y de la pelvis, lo que obliga al práctico á hacer un estudio profundo de la enferma y no tentar esta operacion sino despues de haber separado las causas que puedan comprometer el éxito de la intervencion.

Métodos operatorios

—

Los medios de que se dispone para provocar el parto prematuro, son muy numerosos y con todos se busca el mismo resultado: despertar y mantener las contracciones uterinas. Unos obran por intermedio de la circulacion materna, los otros llevan su accion directamente sobre el órgano gestador; se puede, pues, dividirlos para la facilidad de su estudio, en *medios dinámicos* y *medios mecánicos.*

MEDIOS DINÁMICOS

Cornezuelo de centeno.—Clorh de pilocarpina.—Electricidad.—Excitacion de las mamas.

En 1815, Prescott demostraba la influencia del cornezuelo de centeno sobre las contracciones uterinas; desde esa época, los médicos han hecho y hacen aún, un abuso incalificable de esta sustancia

en el parto, y puede decirse sin exajerar que un gran número de mujeres y niños mueren por el solo hecho de la administracion intempestiva de esta sustancia.

Él tiene indicaciones preciosas en obstetricia, que no indicaré aquí, pero su empleo debe ser proscrito en la provocacion del parto prematuro; en efecto, el cornezuelo de centeno hace cambiar el ritmo de las contracciones uterinas, de intermitentes, las hace contínuas, espasmódicas, tetánicas y mantiene este órgano en una tension contínua, modificando profundamente la circulacion úteroplacentaria con gran peligro para el niño. Además, la retraccion uterina aplicando herméticamente sus paredes sobre el feto, hace difícil y muchas veces imposible recurrir á maniobras que pueden hacerse necesarias, tales como la aplicacion de forceps, version, estraccion de placenta etc.

La retension de la placenta ó de restos placentarios, es frecuente despues de la administracion del cornezuelo de centeno, y se sabe que su putrefaccion es la causa habitual de la fiebre puerperal.

Nada mejor podría decir para combatir la administracion del cornezuelo, como medio de provocar el parto, que recordar esta ley de Payot. «Mientras el útero encierra alguna cosa, que esta cosa sea un niño, una placenta, ó coágulos sanguíneos, no deis jamás comezuelo de centeno.»

Clorhidroto de pilocarpina:—Esta sustancia ha sido propuesta por el Dr. Massman, como medio

de estimular las contracciones uterinas. Empleaba una solucion al 1/200, de la cual hacía varias inyecciones hipodérmicas segun el resultado obtenido; dice haber conseguido algunos éxitos con este medicamento.

Estudiado por varios autores, bajo este punto de vista, no se ha llegado á conclusiones satisfactorias. La accion fisiolójica de esta sustancia, no nos dice nada sobre su pretendida accion ocitósica; es necesario recordar que este medicamento es eminentemente peligroso, y es razonable pensar que los éxitos obtenidos con él, sean debidos quizá á una verdadera intoxicacion, como los obtenidos con la sabina y la ruda que gozan, entre el vulgo, de gran fama como sustancias albortivas.

Electricidad:—La electricidad puede ser colocada entre los medios dinámicos. Se creyó en un principio que ella podría dar grandes resultados, pero bien pronto fué necesario abandonarla. Propuesta por Killian y Scheiber, ensayada despues de estos autores, por Dubois, no ha dado nunca resultados satisfactorios. Uno de los polos de una pila de Volta era colocado en el fondo del útero á través de las paredes abdominales, y el otro en la vajina.

Tiene el inconveniente de ser sumamente doloroso, producir trastornos graves en la mujer, ser de una accion lenta y de un empleo difícil.

Excitacion de las mamas:—Aprovechando la estrecha simpatía que existe entre las mamas y la matriz, simpatía que hace que toda excita-

cion llevada sobre las primeras, repercuta sobre la segunda, Fridereich aconsejaba la aplicacion de ventosas sobre las mamas, en la esperanza de hacer contraer el útero; Scanzoni iba aun más lejos, y no contento con este medio aplicaba sinapismos y aun vejigatorios.

Como era de esperarse, estos medios fueron siempre insuficientes, porque la excitacion que ellos llevaban al útero no era bastante intensa para despertar y mantener las contracciones uterinas. Además, dejaban siempre á las enfermas expuestas á complicaciones más ó menos graves, tales como linfangitis, erisipela etc.

MEDIOS MECÁNICOS

Excitadores del cuello uterino.—Titilaciones.—Taponamiento de la vajina.—Método de Braun.—Duchas ácido carbónico.—Duchas agua caliente.—*Dilatadores del cuello.*—Esponja preparada.—Laminaria digitata—Tupelo—Dilatador de Büchs—Dilatador de Barnes.—Dilatadores de Tarnier.—Dilatador de Champetier de Ribes.—*Medios que obran sobre las membranas fetales.*—Perforacion de las membranas.—Inyeccion intra-uterina—(Proc de Cohen)—*Medios que obran sobre la superficie externa é interna del útero.*—Fricciones secas.—Vendajes abdominales—Pellizcamiento de las paredes del abdómen—Cateterismo del útero.—(Método de Krausse).—Manera de combinar estos diversos métodos.

Los medios mecánicos son los únicos que deben ser empleados para provocar el parto prematuro; los que tienen una accion segura é inofensiva y con los cuales se obtienen los felices resultados que nos demuestra la experiencia. Todos ellos llevan su

accion sobre el útero mismo; los unos excitando directamente el hocico de tenca, los otros obrando sobre las cubiertas del huevo, perforándolas ó rompiendo las conexiones que las unen al órgano gestador y finalmente excitando la superficie interna y externa de la matriz.

Pasaré en revista cada uno de estos métodos operatorios, estudiándolos separadamente en el mismo órden en que ellos han sido enunciados.

Excitadores del cuello uterino. Titilaciones:—Las titilaciones ó excitaciones por medio de la introduccion forzada de uno ó más dedos en el canal cervical, han sido hechas por Peu, para provocar el parto en casos de hemorragias; así empleado, este procedimiento es malo y debe ser rechazado; la dilatacion digital hecha con suavidad, puede dar en circunstancias especiales, buenos resultados, sobre todo para apresurar un trabajo ya empezado.

Taponamiento de la vagina:—Empleado al principio por Leroux como medio de combatir las hemorragias durante el embarazo, el taponamiento vaginal fué despues aplicado por Scholler al parto prematuro; este autor taponaba la vagina con bolas de hilas ó algodon. Tiene el defecto de ser lento en su accion, producir compresion del lado del recto y espone siempre á la la infeccion, por la naturaleza misma de la sustancia que se emplea, lo que obliga á que se renueve con frecuencia; debe abandonarse como medio para operar la dilatacion del cuello.

Método de Braun.—En 18.. Braun reemplaza el taponamiento ordinario por una bolsa de cauchú vulcanizada, á la que le da el nombre de *colperinter*. Esta bolsa tiene ocho ó diez centímetros de diámetro y está provista de un robinete, al que se adapta una jeringa ordinaria. Se introduce vacío en la vagina y se le dilata con una inyeccion de agua tibia. Tiene la ventaja de no sufrir descomposicion alguna, lo que no sucede con el tapon de hilas ó algodon, y su autor le reconoce la propiedad de obrar solamente sobre la extremidad superior de la vagina, dejando la inferior completamente libre.

A pesar de las ventajas señaladas, este procedimiento no vale gran cosa y no está exento de reproches; en efecto, determina una distension dolorosa de la vagina, que las enfermas soportan muy difícilmente, es lento en su accion é insuficiente por sí solo para provocar el parto.

Puede, sin embargo, emplearse como medio adyubante en los casos de insercion viciosa de la placenta.

Duchas de ácido carbónico.—Scanzoni y Simpson han preconizado y ensayado las duchas vaginales de ácido carbónico; la duracion de la inyeccion era de treinta minutos, y segun estos autores bastaban cuatro á cinco inyecciones para hacer entrar al útero en contraccion. Scanzoni refiere dos éxitos debidos á este medio, cuya accion se asemeja mucho á la del tapona-

miento, pues obra distendiendo la vagina gracias á la accion expansiva de dicho gas.

Algunos casos de muerte observados despues de su empleo han hecho justamente abandonarlo.

Duchas de agua caliente. — Las duchas calientes fueron introducidas en la práctica alemana por Kiwisch en 1846; seis años más tarde eran hechas conocer en Francia por Campbell, donde encontraron una acogida muy favorable de parte de Dubois, Depaul, Tarnier, etc. Algunos casos desgraciados se hicieron conocer en Francia, Alemania, Inglaterra é Italia, como la consecuencia de su empleo, y desde ese momento el *método de Kiwisch* fué casi abandonado. Los casos de muerte han sido atribuidos á la distension del útero por el líquido penetrado en su cavidad, á la introduccion del aire en los senos uterinos y á ladesgarradura de los fondos de saco de la vegina.

Gracias á los esfuerzos de Hubert, que ha señalado sus peligros y la manera de evitarlos, una reaccion favorable se ha producido en favor de las duchas vaginales, como medio de provocar el parto prematuro, y hoy dia han entrado nuevamente en la práctica de todos los parteros. El modo de accion de las duchas vaginales, es producir un relajamiento de las partes blandas impregnándose de líquido, excitar la porcion vaginal del cuello y determinar su dilatacion.

Hubert ha demostrado que dirigiéndo el chorro sobre el cuello y no dentro de él, que disminu-

yendo su fuerza de percusion y asegurando la fácil salida del líquido, todos los inconvenientes de las duchas se hacen desaparecer.

Yo he tenido la oportunidad de emplearlas muy á menudo, durante mi internado, y puedo asegurar que jamás han dado lugar á accidentes; he hecho uso de la bomba de Mathieu y de agua á más de treinta grados. En cuanto al número de inyecciones á hacer, depende de la premura con que se quiera obtener el resultado; sin embargo, es preferible aumentar su número que elevar la temperatura del líquido ó dar más impulso al chorro.

El valor de las duchas vaginales calientes, como medio provocador del parto, es innegable; el único reproche que se les puede hacer, es el obrar con mucha lentitud, lo que les hace perder su mérito en los casos urgentes; pero ellas deben aplicarse siempre como medio auxiliar, y es entonces que puede apreciarse la importancia de su empleo.

Dilatacion del cuello. Esponja preparada.—La dilatacion del canal cervical por medio de la esponja preparada fué propuesta por Businghausen y vulgarosado por Kluge, de Berlin; de ahí el nombre de *método de Klüge* dado á este procedimiento. No me detendré sobre el *modus faciendi* de la operacion, que todos conocemos; quiero solo hacer notar sus ventajas, si las tiene, y poner de relieve sus inconvenientes con relacion á los otros procedimientos de que podemos hacer uso.

El ideal del dilatador del cuello sería, como lo

dice Hubert, un cuerpo que obrase gradualmente y sin producir irritacion. Y bien, la esponja preparada no llena estas condiciones, pues ella sufre rápidamente la distension máxima que puede alcanzar y desde este momento deja de obrar como cuerpo dilatador. Además, su aplicacion requiere cierta habilidad, sobre todo cuando existe una marcada desviacion del útero, que lleva el cuello hacia arriba y atrás, tan comun en las primíparas; y las secreciones de que se impregna la alteran fácilmente, lo que obliga á renovarla con frecuencia.

Creo, pues, que la esponja preparada no debe emplearse sino con muchas reservas, tanto más cuanto que ella puede ser reemplazada por otros medios con ventaja.

Laminaria digitata.—La dilatacion del cuello por medio de la laminaria, procedimiento de Van Leynseele, es pacible de algunos de los reproches hechos á la esponja preparada. En efecto, tiene como aquella el defecto de su aplicacion difícil en algunos casos, y la lentitud de su accion; pero tiene en su favor la propiedad de dilatarse de una manera suave y gradualmente progresiva, no se descompone fácilmente y, por consecuencia, los peligros de la infeccion se alejan.

La laminaria digitata es un buen método para iniciar el trabajo del parto, pero que es necesario reservarla para los casos en que nada nos obliga á terminar el parto con rapidez, como en las es-

trecheces de la pelvis y en la muerte habitual del feto.

Tupelo:—El tupelo ha sido aplicado en estos últimos años á la dilatacion del canal cervical; tiene la propiedad de hincharse, como la laminaria, cuando se le pone en contacto de un líquido cualquiera, con la diferencia que la distension que éste alcanza es mayor que la de aquella.

Los trozos de tupelo son más voluminosos que los de laminaria, otra ventaja más sobre ésta, pues basta una aplicacion solamente de algunas horas, de un trozo de tupelo para obtener una dilatacion suficiente para intervenir de otrá manera.

Merece sər aplicado con preferencia á la laminaria, en los casos urgentes, porque su accion como dilatador es mucho más rápida.

Dilatador de Büsch:—El dilatador metálico de Büsch se compone de tres valvas ó ramas que pueden separarse á voluntad; este instrumento es introducido en el cuello uterino á una profundidad de centímetro y medio proximamente, por medio del espéculum. Una vez introducido se separan sus ramas imprimiendo un ligero movimiento al mango del aparato, separacion que debe repetirse varias veces, dejando trascurrir un tiempo más ó menos largo entre una y otra maniobra.

El aparato de Büsch obra de una manera intermitente y sus ramas al separarse no actúan sobre toda la superficie interna del cuello, sino sobre puntos aislados, lo que lo hace sumamente doloro-

so y de una accion muy lenta. Büsch mismo, dice haber necesitado tres días para obtener una dilatacion suficiente para intervenir de otra manera; solo debe recurrirse á él para obtener una dilatacion que permita la aplicacion de tupelo ó el dilatador de Barnes.

Dilatador de Barnes.—En 1862, Barnes hacía conocer su aparato para la provocacion del parto prematuro; él se compone de tres sacos de cauchú de tamaños diferentes (tres centímetros de ancho el menor y seis el mayor) y cuya forma representa groseramente la de un violin, pues tiene cada saco sus dos extremidades más anchas que el cuerpo, que parece estrangulado. En la pared externa y superior de cada uno de estos saquitos, existe un pequeño bolsillo que sirve para introducir una pinza ú otro conductor cualquiera en el momento de la colocacion.

Para colocar estos sacos, se les impregna de vaselina fenicada, se les tuerce sobre sí mismo en el sentido de su mayor diámetro y son introducidos en el cuello, de tal manera que una de las extremidades del saco corresponda á la cavidad uterina, la otra á la vagina, y la parte media, más delgada al canal cervical; en seguida se introduce por un tubo, de que están provistos, una cantidad de agua tibia suficiente para alcanzar su distension, por medio de una jeringa de Higginson. Cuando el cuello se ha dilatado bastante para expulsar el pequeño saco introducido, se coloca otro mayar

hasta que la dilatacion permita intervenir por medio del forceps ó la version.

Cuando Barnes publicó su procedimiento, se expresaba de la manera siguiente:

«Todos los métodos de provocar el parto son «inseguros, atendido el tiempo que tardan en pro- «ducir el apetecido resultado. De aquí se origi- «nan graves inconvenientes: todo ese tiempo que «se emplea lo pasa la mujer atormentada y llena de «sobresalto; se abaten sus fuerzas, y cuando al fin «se inicia el parto, puede hallarse ausente el mé- «dico perdiendo el fruto de tantos afanes.»

«La posicion del médico es poco envidiable; una «vez empezada la operacion tiene comprometida «su responsabilidad y no puede separarse de la «enferma por más que le llamen á otra parte «diversas atenciones. Con el medio que yo propon- «go se evita todo inconveniente; se calcula el tiem- «po necesario, y ni se prolonga más la inquietud «de la enferma, ni se halla el médico en el caso de «faltar á algunas de sus obligaciones; deja el «operador de ser esclavo de las circuntancias y de «aguardar con ansiedad los esfuerzos de la natura- «leza; es dueño de la situacion y determina de ante- «mano la época en que se verá libre la parturien- «ta de todos los peligros propios de su esta- «do.» Barnes.

Por mi parte, puedo asegurar, apoyándome en las observaciones recogidas en nuestra Maternidad, donde este procedimiento es empleado con prefe-

rencia, que los resultados obtenidos con él han sido siempre muy satisfactorios y lo considero superior á los otros métodos, en todos aquellos casos en que sea posible su aplicacion.

El único reproche que se le puede hacer, segun mi opinion, es el de no bastar por sí solo para provocar el parto; en efecto, el diámetro del más pequeño de los sacos de Barnes, en las condiciones que debe ser introducido, requiere un cierto grado de dilatacion del cuello, sin cuyo requisito no puede ser aplicado; pero cuando existe una dilatacion suficiente para darle paso, ó cuando se obtiene por la laminaria ó el tupelo, el método de Barnes dilata progresiva y rápidamente el cuello uterino, lo que demuestra claramente la innegable eficacia de su empleo.

Dilatador de Tarnier.—El aparato de Tarnier se compone de un tubo de cauchú del volúmen de una pluma de ganso, largo de treinta centímetros y cerrado en una de sus extremidades; las paredes del tubo son gruesas en la mayor parte de su extension, pero se adelgazan hacia su extremidad terminal, en una porcion de tres centímetros; la parte abierta del tubo está provista de un robinete al que se adapta una jeringa ordinaria.

Cuando se inyecta una cierta cantidad de agua (50 gramos bastan) la porcion adelgazada de las paredes del tubo se dilata formando una ampolla del tamaño de una nuez. Se introduce vacío en la cavidad uterina, entre el huevo y la pared an-

terior de la matriz á tres centímetros por encima del orificio interno; se inyectan suavemente cincuenta gramos de agua tibia, se cierra el robinete, la mujer se levanta y puede entregarse á sus ocupaciones habituales.

Tarnier dice que las contracciones uterinas se producen, por lo general, cuatro horas despues de aplicado su aparato, que el cuello se dilata progresivamente y que á las diez ó doce horas es expulsado á la vagina; á partir de este momento, el trabajo se hace regular y se termina expontáneamente como en el parto normal.

Este procedimiento ha sido y es aun muy empleado, sobre todo en Francia; pero la experiencia ha demostrado que no tiene todo el mérito que su autor le ha atribuido. Aparte de los inconvenientes de su aplicacion, por lo demás comunes á la mayor de los procedimientos, tiene el defecto de ser lento en su accion y á menudo, despues de ser expulsado de la cavidad uterina, las contracciones se detienen, sobre todo en las multíparas.

En efecto, es frecuente, en las pluríparas, observar que el útero despues de haber espulsado el dilatador, «satisfecho sin duda de verse libre de ese cuerpo estraño que le incomoda», cesa de contraerse; el trabajo se detiene y todo queda como antes de la intervencion. Hay aún más; parece que la dilatacion retrograda despues de la espulsion de la ampolla dilatadora, por que si se hace el

tacto vaginal, se constata que el orificio uterino tiene un diámetro menor que el dilatador á que ha dado paso.

Esto es debido indudablemente á que las paredes del aparato son muy delgadas, muy elásticas y sufren un alargamiento en forma de cilindro, permitiéndole así franquear un orificio cuya circunferencia es menor que la de la ampolla completamente distendida.

Hace apénas un mes, que M. Tamier ha hecho conocer un nuevo aparato, inventado por él, destinado á la dilatacion del cuello en el parto prematuro artificial, y denominado *Separador del cuello uterino:* «El instrumento, muy simple, se compone «de dos vástagos metálicos acodados en ángulo «muy obtuso en su parte media, adosándose por «su curvadura y articulándose en este punto por «encajamiento, sin cruzarse. Cada vástago se ter-«mina por dos estremidades de forma diferente; de «un lado es una aleta de bordes redondeados y «acodados en ángulo romo sobre el vástago, que «debe ser llevado por encima del orificio interno ó «esterno del cuello, segun que éste esté más ó «menos dilatado; la otra estremidad, dispuesta en «forma de gancho redondeado, permanece fuera de «las vías genitales y debe suministrar apoyo á uno «ó varios anillos de cauchú.

«Lo más á menudo basta hacer uso de las dos «ramas de que acabo de hablar; sin embargo, el «instrumento comprende un tercer vástago, seme-

«jante como dimensiones y forma á los otros dos, «articulándose por medio de una corredera que per- «mite á la aleta de esta tercera rama aplicarse á un «nivel diferente de las aletas de las otras dos «ramas. El separador está construido de tal «manera que se puede, si es necesario, agregarle «una cuarta rama que se articularía simétricamente «á la tercera.

«La parte esencial del separador está constitui- «da por los anillos de cauchú que se adaptan á los «ganchos; ellos están destinados á ejercer una «fuerza de débil intensidad y por consecuencia ino- «fensiva, pero muy eficaz á causa de la continuidad «é igualdad de su modo de accion. Se puede em- «plear anillos de ancho y espesor variables, pero «como es indispensable que la fuerza ejercida sea «controlada, aconsejo hacer uso de cintas circula- «res talladas con el saca-bocado, sobre una delgada «hoja de cauchú rojo. He hecho esperiencia en la «Maternidad, para avaluar en gramos la accion de «estos anillos; esta accion varía con el número «empleado y con la tension, que se mide por el gra- «do de separacion de los ganchos que los soportan.»

Este aparato ha sido ensayado por su autor, en un caso de estrechez de la pelvis, y el parto se ha hecho espontáneamente, diez y seis horas despues de su empleo.

Tiene el inconveniente de necesitar un principio de dilatacion para ser aplicado y en el caso que

sirvió de ensayo, el trabajo se habia yá iniciado con el dilatador de cauchú del mismo autor.

Dilatador de Champetier de Ribes.—Champetier de Ribes ha hecho construir en estos últimos años (1888) un dilatador fundado en el mismo principio que el primitivo de Tarnier, pero superior á este, porque con él se consigue dilatar todo el canal genital.

Este aparato se compone de un balon impermeable é inestensible, con su correspondiente tubo para inyectar el líquido que debe distenderlo. Lleno de agua, su circunferencia mayor mide 0.33 centímetros, su altura, medida desde el nacimiento del tubo hasta el fondo del aparato, mide 0.11 centímetros; 640 gramos de agua son necesarios para darle la distension máxima que puede soportar.

Vacío de aire y de líquido, replegado sobre sí mismo en forma de cigarro y tomado con una pinza, es decir, en las condiciones que debe ser introducido mide 0.075 milímetros.

Antes de ser aplicado, se obtiene por la dilatacion digital un cierto grado de abertura del cuello, se desprenden las membranas en la estension que se alcance con el dedo; se introduce en seguida el dilatador haciéndolo penetrar hasta 0.10 centímetros por encima del orificio externo. Se inyecta el líquido que puede contener el balon, cantidad que debe medirse siempre, porque ella nos sirve para conocer el grado de dilatacion á que llega el aparato.

La enferma debe permanecer en el lecho desde el momento de ser aplicado el dilatador hasta que él sea espulsado fuera de la vulva.

Cuando Champetier hizo la publicacion de su aparato, presentó 18 observaciones, con el siguiente resultado: Tiempo trascurrido desde la aplicacion del balon hasta el principio del trabajo, término medio, cuatro horas; desde el momento del trabajo hasta su espulsion á la vagina, término medio, cinco horas, cuarenta minutos; espulsion fuera de la vulva, término medio, dos horas, lo que dá un total de once horas cuarenta minutos.

Este procedimiento tiene la ventaja de dilatar no solamente el cuello, sinó tambien la vagina y la vulva, de manera que el parto se hace espontáneo despues de la salida del balon; en los casos que se hace necesaria la aplicacion del forceps ó hacer la version, se tiene el canal genital dilatado, lo que favorece singularmente el éxito de estas operaciones.

Pero al lado de estas ventajas, tiene inconvenientes sérios: distiende considerablemente la matriz, desaloja al feto de su posicion, espone á la prosidencia del cordon ó de los miembros y al desprendimiento de la placenta; su aplicacion requiere una dilatacion de 0.075 milímetros, lo que quiere decir que este medio no puede ser empleado sinó como para terminar un trabajo ya empezado.

Si Champetier, en sus diez y ocho observaciones, no ha notado los inconvenientes que señalo,

ha sido muy afortunado; sin embargo, el razonamiento me hace mirar este procedimiento como peligroso y confío que la esperiencia demostrará bien pronto la justicia de mis observaciones.

Medios que obran sobre las membranas fetales. Perforacion de las membranas.—La perforacion de las cubiertas del huevo, es uno de los métodos más antiguos de provocar el parto; Macaulay, que parece fué el primero en ponerlo en práctica, rompía las membranas en el centro mismo del cuello del útero.

Este procedimiento es indudablemente, uno de los más seguros en sus resultados, respecto al estímulo llevado á la fibra contráctil del útero grávido, pero es tambien uno de los más fatales para el niño, porque el derrame casi completo del líquido amniótico expone al feto á la compresion directa del útero y á la interrupcion de la circulacion placentaria que compromete sériamente su vida.

Para evitar estos inconvenientes bastante graves para el niño, Meissner propone perforar las membranas por encima del cuello, cerca del fondo de la matriz; emplea con este objeto un aparato especial, llamado *perfora membranas*, inventado por él. Con esto se consigue no privar al feto sino de una manera progresiva del líquido que lo protege, y segun este autor, despues de treinta horas, más ó menos, el trabajo del parto empieza.

Los perfora membranas de Meissner, de Villeneuve y tantos otros construidos con el mismo

objeto, son instrumentos que tienen muchos inconvenientes, tales como la posibilidad de herir la matriz ó el niño y producir desprendimientos ó desgarraduras de la placenta.

Preconizada por Kokitansky en la práctica hospitalaria, por temor á la infeccion que suelen determinar los procedimientos que llevan su accion sobre la pared interna del útero; rechazada por Lusck en las estrecheces de la pelvis y en todos los casos en que sea necesario terminar rápidamente el parto, la perforacion de las membranas ha ido perdiendo poco á poco sus partidarios y puede decirse que actualmente está casi abandonada·

Inyecciones intra-uterinas.—Proc. de Cohen. La separacion de las membranas fetales del órgano gestador, por medio de las inyecciones intra-uterinas, fué propuesta por Cohen en 1848. Ved aquí como él describe su procedimiento:

«Me valgo de una jeringuilla de estaño que con-
«tiene dos ó tres onzas de agua de brea, y cuya
«cánula de ocho á nueve pulgadas de largo, tiene
«de dos á tres líneas de diámetro en su extremidad
«y una curvadura como la sonda de mujer. Ha-
«go acostar á la enferma de espaldas con las cade-
«ras más altas que el tronco, é introduciendo des-
«pues dos dedos hasta el labio posterior me sir-
«ven para guiar la cánula que introduzco entre la
«pared anterior y el huevo, y la hago penetrar en-
«cima del orificio, en una extension de dos pulga-
«das. Entonces impelo suavemente la inyeccion,

«teniendo cuidado de levantar un poco la jeringuilla «para que la abertura no tropiece contra la pared «uterina, y variar la direccion del instrumento «siempre que se advierta algun obstáculo á la sa- «lida del líquido. Se saca poco á poco la jeringa, «diez minutos despues puede levantarse la mujer «y andar; si á las seis horas no hay señales de «parto se repite la inyeccion.—Cohen.»

Este procedimiento ha sufrido una ligera modificacion hecha por Lazarewistk, quien lleva la inyeccion hasta cerca del fondo del útero y sustituye la solucion de brea de Cohen por el agua tibia. Es un buen medio para hacer contraer el útero, pero que no está completamente fuera de peligros, puesto que la muerte súbita ha sido observada varias veces durante la operacion ó algunos minutos despues.

Se ha tratado de explicar la causa productora de estos accidentes, y la mayor parte de los autores señalan la introduccion del aire en los senos uterinos.

Estos casos desgraciados han hecho olvidar un poco este método, cuyo peligro principal puede evitarse fácilmente teniendo cuidado de desalojar el aire que contenga la jeringa que se emplea. He tenido ocasion de emplear este método y no ha dado lugar á fenómenos alarmantes; pero se ha mostrado siempre muy lento en su accion, lo que hace que no se lo emplee en los casos urgentes.

Medios que obran sobre la superficie externa é

interna del útero.—Las fricciones secas sobre la pared abdominal en el fondo del útero, frecuentemente repetidas, han sido recomendadas por Outrepont para despertar las contracciones uterinas en el parto prematuro; los vendages apretados del abdomen eran muy empleados antiguamente en los partos difíciles, pero todos estos métodos deben ser rechazados de la práctica, pues lo único que se consigue con ellos es hacer sufrir á la parturienta.

Tarnier ha aconsejado, desde hace algunos años, el pellizcamiento con ambas manos de todo el espesor de la pared abdominal sobre los lados del útero; por esta maniobra se consigue excitar los nervios intra y subdérmicos y se obra por vía refleja sobre la contractitidad del útero. Es fácil dice, determinar por esta maniobra la produccion de contracciones uterinas y sobre todo reforzar las contracciones espontáneas.

Este método puede ser empleado para acelerar un trabajo empezado, en la inercia del útero; en estas circunstancias tiene un pequeño valor, que, varía á demás segun la excitabilidad especial de la matriz, pero no debe recurrirse á él sino en casos especiales y como medio coadyuvante.

Cateterismo del útero.—Las sondas ó estiletes introducidos en la cavidad uterina, obran de dos maneras diferentes, pero que concurren poderosamente al mismo fin: desprendiendo las membranas y excitando la superficie interna del útero.

Simpson introducía nna sonda uterina hasta

cerca del fondo de la matriz, le imprimía ligeros movimientos de lateralidad y retiraba en seguida el instrumento; las contracciones se provocaban fácilmente por este medio, pero cesaban bien pronto y era necesario empezar nuevamente la maniobra.

Krause ha modificado ventajosamente este procedimiento, haciendo de él uno de los mejores métodos, tanto por su simplicidad como por la comodidad é inocuidad de su empleo.

Este autor se sirve de una bugía elástica, de goma, que introduce entre el huevo y el útero hasta el fondo del órgano, si es posible, y la deja en este sitio; las contracciones no tardan en producirse, y cuando han tomado una intensidad suficiente para no detenerse ya, se retira la bugía, que por lo demás suele ser expulsada á la vagina por las contracciones.

La aplicacion de este método es fácil y la única precaucion á tomar antes de su empleo, es determinar el sitio de la insercion placentaria para dirigir la bugía hacia el lado opuesto de este órgano.

Las objeciones hechas al *método de Krause* no tienen fundamento sério. Se le ha incriminado la posibilidad de herir al niño y romper las membranas; pero si se recuerda que la bugía es de goma, todo temor habrá desaparecido respecto al niño, y en cuanto á la ruptura de las membranas,

ella ha sido observada siempre por encima del segmento inferior del útero.

Si en el momento de introducir la sonda de goma, se nota que se derrama un poco de sangre, no hay que asustarse por ello; se deja la sonda en la altura alcanzada y la hemorragia se detiene espontáneamente, desprende las membranas en ese punto y ayuda al fin que se busca.

El único reproche que se le puede hacer, es la lentitud con que obra algunas veces; en estos casos es conveniente variar la direccion de la sonda, á fin de determinar la excitacion en puntos diferentes.

El cateterismo del útero es uno de los métodos más empleados entre nosotros; él es aplicado á todos los casos indiferentemente y es ésta la causa de que no dé mejores resultados, pues él debe ser reservado solamente para los casos no urgentes.

Hé terminado con los métodos operatorios. Se ha visto, en la descripcion de cada uno de ellos, que todos son susceptibles de objeciones más ó menos sérias; ninguno basta por sí solo para provocar el parto con la rapidez que se requiere en muchos casos y en la práctica hay que emplearlos, con frecuencia, unos despues de otros para obtener resultados satisfactorios.

En presencia de estos inconvenientes, propongo combinarlos de la manera siguiente:

Procedimiento rápido.—Empezar por la aplicacion de un trozo de tupelo; continuar con los sacos de Barnes y terminar con el forceps ó la version.

Procedimiento lento.—Debutar con las duchas vaginales calientes; aplicar en seguida la sonda intra-uterina, variando la direccion cada vez que sea introducida, persistir con el método de Kiwisch y esperar que el parto se haga espontáneamente.

Terminaré trascribiendo éstas palabras de Tarnier pronunciadas á propósito del tiempo que se requiere para provocar el parto:

«Sabed bien que nada hay más variable que la «marcha del parto prematuro artificial. Al lado «de mujeres que un tacto intempestivo basta para «hacerlas parir prematuramente, hay otras en las «cuales la aplicacion del balon intra-uterino, el «desprendimiento de las membranas, la introduc-«cion de bugías y las duchas vaginales repetidas, necesitan una semana, y más aun, para determinar «la expulsion del niño.»

IV

Cuidados á dar al recien nacido

—

El niño antes de su nacimiento está constantemente rodeado de una temperatura caliente y siempre igual, lo que lo hace muy sensible á las variaciones térmicas que encuentra en su nueva vida. El frío produce, obrando sobre sus extremidades, la cianosis, la hipotermia, el edema ó esclerema de los recien nacidos.

Cuanto más tierno es el niño, cuanto más lejos nace del término normal de su vida intra-uterina, más sensible es á las variaciones de temperatura; es indispensable, pues, prepararse de antemano para colocar al recien nacido en condiciones que lo aislen de los medios exteriores, contra cuya influencia no puede luchar con ventaja. «Los kangourus ofrecen á sus tiernos hijos, en una bolsa abdominal, un medio caliente donde se termina su incubacion.» (Hubert). Nosotros tambien contamos con aparatos especiales llamados *Incubadores*, introducidos en la práctica por Tarnier y desti-

nados á ofrecer al niño débil ó nacido prematuramente, una atmósfera tibia y siempre igual, donde sus funciones se cumplen convenientemente hasta una época en que pueda bastarse por sí solo.

Existen actualmente numerosos incubadores, pero no todos tienen la misma sencillez; el de M. Auvard lo considero como uno de los mejores.

El incubador de Auvard se compone de una caja de madera, dividida en dos compartimentos, uno superior grande y uno inferior pequeño; el departamento superior está provisto de su correspondiente tapa de cristal, de un pequeño lecho donde debe ser colocado el niño y de un tubo ó chimenea por donde se hace la renovacion del aire; el piso inferior, cubierto de metal, está destinado á servir de depósito de agua caliente y tiene una capacidad de diez litros de líquido; está además en comunicacion con dos tubos: uno superior, con un embudo, por donde se introduce el agua y uno inferior, al nivel casi del piso del depósito, que sirve para desagotarlo cuando el agua se enfría.

Cuando se quiere hacer uso de este incubador, se coloca el niño en su lecho del departamento superior, se cierra la tapa de cristal y se echan cinco litros de agua hirviendo en el depósito; basta agregar cada cuatro horas tres litros de agua caliente para mantener al rededor del recien nacido una temperatura de treinta grados.

El aparato debe ser colocado al abrigo de las corrientes de aire y á algunos centímetros del piso

de la habitacion; se saca el niño de la caja solamente para darle el seno y cambiar sus ropas, teniendo cuidado de que la habitacion donde esto se haga, tenga una temperatura de 18° próximamente.

En cuanto al tiempo que el niño debe permanecer en el incubador, depende de la época del embarazo en que se haya hecho el parto y del grado de debilidad del recien nacido; quince dias, veinte, un mes ó más, son algunas veces necesarios. Cuando el niño adquiere vigor suficiente, se le acostumbra á vivir, poco á poco, fuera del incubador; sin embargo, es bueno hacer uso del aparato durante cierto tiempo, por la noche, para prevenir los enfriamientos que se producen con más facilidad durante el sueño.

Hasta aquí, solo me he ocupado de la temperatura del niño; quiero detenerme un momento más sobre otro punto no menos importante para la vida del recien nacido: la alimentacion.

El niño salido del claustro materno en una época anterior á la señalada por la naturaleza, requiere más que en otras condiciones la lactancia maternal. La madre dando al niño su propia sustancia, continúa la obra comenzada durante la vida intrauterina; y no solamente ella le dá su leche, si no que le dá tambien á cada instante el testimonio de su cariño rodeándolo de cuidados y precauciones. Desgraciadamente, la madre se encuentra, en la gran mayoría de los casos, imposibilitada para cumplir con este sagrado deber, ya sea porque la

secrecion lactea no se manifiesta por la época misma del parto, por las enfermedades de que puede estar atacada ó por la mala conformacion del mamelon, etc.

Entonces hay que recurrir á una nodriza.

La eleccion de la nodriza debe ser hecha por el médico mismo, el único que puede pronunciarse sobre las cualidades de la leche y sobre la salud de la mujer que elige. Las condiciones que debe reunir son muy numerosas y difíciles de encontrarlas agrupadas en una misma persona.

El exámen de la nodriza debe llevarse sobre las mamas, la boca, la piel, los órganos genitales, los órganos internos y el carácter.

Se pueden encontrar excelentes nodrizas con mamas de formas y dimensiones diversas; no hay que dejarse seducir, como sucede habitualmente, por el gran volúmen de los senos, porque el tejido adiposo que los invade disminuye á menudo la secrecion láctea atrofiando la glándula mamaria; debe preferirse los de mediano volúmen. El mamelon debe ser de dimension media; si es muy grueso, el niño tiene dificultad para tomarlo á causa de la pequeñez de su boca; si es muy pequeño se le escapa á cada instante, haciendo la lactancia incómoda; si es muy largo, titila el velo del paladar y determina el vómito.

Se rechazará una nodriza que no tenga leche sino de una sola mama; la cantidad de líquido es entonces menor y las probabilidades de perderla

aumentan. Para apreciar su cantidad, el médico tomará el pezon por su base y lo apretará entre dos dedos; una ligera presion basta para hacer salir la leche cuando los conductos galactóforos están suficientemente ingurgitados.

Hay algunos nodrizas que tienen poca leche en reserva, pero la secrecion se hace con rapidez en el momento en que el niño toma el pecho. Estas dos condiciones bien diferentes demuestran que el exámen más prolijo de las mamas no es siempre una garantía; el medio más práctico y seguro de apreciar la cantidad de leche, es hacer mamar un momento al niño y examinar el seno inmediatamente despues; se vé así si la secrecion láctea se ha detenido ó si queda aun algo en reserva. Si la presion del mamelon no hace salir leche, antes, durante ni despues que el niño deja el pecho, ó si la cantidad es insignificante, la nodriza será considerada como impropia para el amamantamiento.

Mauriceau quería que las nodrizas no tuvieran un solo diente cariado; pero si se lleva la severidad hasta este punto se corre el riesgo de no encontrar ninguna. Sin embargo, la integridad de la dentadura indica habitualmente una buena constitucion, y es además una satisfaccion para el médico cuando la nodriza que aconseja á sus clientes tiene sus dientes en perfecto estado.

Se debe examinar cuidadosamente todo el exterior del cuerpo de la mujer, para asegurarse que no existe ninguna afeccion de la piel, como el eczema,

prurigo, acné ó alguna cicatriz de sífilis ó escrófula.

«El exámen de los órganos genitales es indispensable, dice M. Donné, y no debe descuidarse.» En efecto, una regresion uterina incompleta, la existencia de una vaginitis, vulvitis ó leucorrea abundante y habitual, es un motivo suficiente de esclusion.

No debe dejarse de lado el exámen de los órganos internos; se rechazarán las mujeres afectadas de enfermedades crónicas del pulmon, tales como catarro, enfisema y sobre todo la tuberculosis, asi como las afecciones crónicas de las vías digestivas y lós tumores malignos, cualquiera que sea el sitio que ocupen.

La leche no tiene la propiedad de trasmitir al niño las cualidades físicas é intelectuales de la madre. Esta condicion es exclusiva al espermatozoario y al óvulo, que solos representan el atavismo. Hay sin duda, mucha exageracion en las aserciones emitidas á este respecto; pero si la leche no tiene más que una mediocre influencia, no sucede lo mismo con el carácter y el temperamento de la nodriza.

Desde que su inteligencia se despierta, el niño sufre la influencia de quien lo rodea; nadie tiene con él un contacto más íntimo y un ascendiente mayor que la nodriza, y es así, por imitacion que él reproduce su carácter. Sin duda, los hijos tienen cualidades nativas que vienen de sus padres, pero estas facultades pueden modificarse considerablemente

por el contacto de las personas que le prestan su atencion.

De ahí se deduce la necesidad de vigilar que la mujer que se elige no tenga faltas graves de carácter que pueden comprometer el porvenir del niño del punto de vista de sus facultades morales.

Se preferirán las multíparas porque están ya habituadas á la lactancia y porque la secrecion láctea no está sujeta en ellas á las variaciones que se observan en las primíparas.

A. Paré consideraba las mujeres rubias como malas nodrizas, fundándose en que el color rubio es un atributo frecuente del temperamento linfático que toca tan de cerca á la escrófula. La justificada reprobacion que excita este vicio constitucional hace que la mayor parte de los autores prefieran las mujeres morenas que son habitualmente más vigorosas.

Para nosotros, todos los colores son buenos, siempre que la nodriza reuna las condiciones que dejamos señaladas.

En cuanto á la riqueza de la leche, ella puede ser comprobada por medio de numerosos instrumentos, (microscópio, lactóscopo, lacto-butiróme-tro, sacarímetro,etc.) pero estos medios,seductores por la apariencia de precision, no dan en la práctica resultados serios.

El mejor reactivo de la leche es la salud de la nodriza y el buen estado general del niño que amamanta.

V

Observaciones (1)

OBSERVACION I.

Primípara—Eclampsia—Embarazo de 8 meses -Provocacion del parto—Forceps—Niño vivo.

Juana S..... argentina, soltera, mucama, 18 años, entró á la Maternidad el 11 de Agosto de 1889.

Antecedentes hereditarios.—La madre ha muerto de tuberculosis pulmonar á la edad de 31 años; el padre, alcohólico, vive aún; su único hermano ha muerto de viruela á la edad de 13 años.

Antecedentes individuales.—No ha sufrido ninguna enfermedad hasta esta época; tuvo sus primeras reglas á los 14 años; menstruacion regular con una duracion de tres á cuatro dias. Las úl-

(1) Estas observaciones han sido tomadas de los Boletines Clínicos de la Maternidad.

timas reglas han aparecido del 5 al 8 de Enero de 1889. Ha tenido vómitos en las primeras semanas de la concepcion, desapareciendo sin tratamiento.

Estado actual.—Mamas muy voluminosas, areola pigmentada, tubérculos de Montgomery bien desarrollados, mamelon poco saliente; abdomen tenso y voluminoso, línea parda bastante marcada, cicatriz umbilical completamente borrada, ligera inclinacion del útero hacia la derecha. Edema de la vulva y de los miembros inferiores, constipacion, orina escasa y con gran cantidad de albúmina.

Palpacion.—Fondo del útero hasta las falsas costillas, cabeza encajada en la escavacion, nalgas á la derecha y arriba, dorso á la izquierda y adelante.

Auscultacion.—Los latidos del corazon del feto se oyen siguiendo una línea que parta del ombligo á la eminencia ileo-pectinea izquierda; soplo uterino hacia la derecha y atrás.

Tacto.—El cuello rechazado hacia arriba y atrás, reblandecido en su mayor parte, orificio externo ligeramente entreabierto; peloteo cefálico fácil de obtener.

Diagnóstico.—Embarazo de 8 meses próximamente, presentacion de Vertice en en O. I. I. A. (primera posicion), albuminuria. Se administra un purgante y se instituye dieta láctea absoluta.

Dia 12.—Edema de los párpados, cefalalgia intensa, vómitos; empieza á perder la vision poco á

poco, ve la luz, pero no distingue los objetos. Primer ataque de eclampsia á las 5 p. m.

Duchas vaginales calientes, repetidas cada hora; al cabo de cuatro horas se consigue introducir el más pequeño de los sacos de Barnes; las contracciones se hacen regulares é intensas; tres horas despues es expulsado el dilatador y se aplica el mayor de los sacos; á las 12 p. m. del mismo dia, se expulsa el último dilatador, y la dilatacion está casi completa.

Dia 13.—A las 3 a. m. se rompen las membranas espontáneamente; una hora despues se aplica el forceps de Simpson en la escavacion, por el interno de la Maternidad, y se extrae un niño vivo.

El alumbramiento se hizo sin dificultad. Duracion total del trabajo, 11 horas; durante este tiempo se han producido tres excesos convulsivos á intervalos irregulares.

Las convulsiones desaparecen despues del parto; la vision se recupera paulatinamente y en 48 horas vuelve completamente.

Los ocho primeros dias del puerperio la enferma sigue sometida á la dieta láctea; la albumina disminuye poco á poco y desaparece; la escrecion urinaria aumenta y los edemas se disipan.

El puerperio fué sin complicaciones, tanto para la madre como para el niño, que no ha sufrido absolutamente nada. La enferma fué dada de alta 20 dias despues.

OBSERVACION II

Multipara—Pelvis de 8 centimetros—Provocacion del parto á los 8 meses—Expulsion espontánea—Niño vivo.

Serafina T... .. española, 30 años, sirvienta, entró á la Maternidad el 25 de Abril de 1888.

Antecedentes hereditarios.—Desconocidos, por haber perdido sus padres siendo ella muy jóven; sus hermanos, (tiene dos varones) viven, fueron siempre sanos, pero son, como ella, de pequeña talla.

Antecedentes individuales.—Aparicion de sus primeras reglas á la edad de 15 años; menstruacion escasa y dolorosa; á los 18 años ha sufrido una enfermedad al vientre, que parece haber sido una pelvi-peritonitis segun los datos de la enferma.

Tuvo su primer embarazo el año 1883; fué operada á término, en España, y el niño nació muerto. Se hizo embarazada por segunda vez el año 1886 y abortó en el cuarto mes de su embarazo á consecuencia, dice, de una impresion moral.

Su embarazo actual data del mes de Setiembre de 1887; ha llegado á Buenos Aires en Enero de 1888.

Estado actual.—Estatura pequeña, senos poco desarrollados, línea parda apénas aparente, mamelon pequeño, el fondo del útero llega hasta cinco traveses de dedo por encima del ombligo.

Palpacion.—Cabeza movible no encajada; se sien-

ten los movimientos de los miembros en la pared anterior; dorso atrás y á la derecha.

Ausculta.—El máximum de los ruidos del corazon se oyen en el flanco derecho á la altura de la espina iliaca anterior y superior.

Tacto vaginal—Cuello reblandecido completamente, el dedo índice penetra fácilmente, peloteo cefálico. Promontorio saliente, fácil de alcanzar. La mensuracion dá 8 centímetros, despues de deduccion, en el diámetro antero-posterior.

Estos datos y el antecedente de su primer parto, hacen que se provoque el parto prematuro.

Dia 28.—Duchas vaginales desde las 9 a. m. hasta las 3 p. m. sin determinar fenómenos de trabajo; 6 p. m. introduccion de la sonda hacia el dorso del niño; durante la noche las contracciones aparecen á intervalos alejados y poco intensas.

Dia 29.—8 a. m. La dilatacion tiene como un centímetro de diámetro; se continúa con las duchas vaginales durante todo el dia, con un inter valo de dos horas entre una y otra inyeccion. En la tarde las contracciones se hacen regulares y violentas, la dilatacion progresa rápidamente y á las 9 p. m. está casi completa; se rompen las membranas, la rotacion está hecha, dos horas despues el parto se hace espontáneamente. Niña viva de 2.700 gramos.

Alumbramiento treinta minutos despues. Duracion total del trabajo, 38 horas.

Puerperio fisiológico.—Alta, Mayo 14, 1888.

OBSERVACION III

Multípara.—Placenta previa.—Embarazo de 7 1[2 meses.—Provocacion del parto.—Forceps.—Niño vivo.

Elena L..... belga, 28 años, mucama, ingresó á la Maternidad el 14 de Julio de 1889.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes individuales.—Primera menstruacion á los 13 años; despues ha reglado siempre bien. Ha tenido cuatro partos anteriores á término y con niños vivos.—Su embarazo actual data del mes de Enero de 1889.

El dia antes de su entrada ha tenido una hemorragia abundante acompañada de algunas contracciones uterinas.

Exámen á su entrada.—Pocos fenómenos del lado de las mamas; mamelon bien conformado; útero poco voluminoso, se contrae al menor contacto y durante las contracciones aparece un poco de sangre fuera de la vulva.

Palpacion.—Todos los signos de una presentacion de vértice en O. I. D. A. (tercera posicion).

Auscultacion.—Los latidos fetales tienen su máximo de intensidad á la derecha y abajo, cerca de la línea media. El soplo uterino se oye á la izquierda y abajo sobre el flanco.

Tacto vajinal.—El cuello dilatado permite la introduccion del dedo hasta las membranas y se cons-

tata una insercion marginal de la placenta, del lado izquierdo, con un principio de desprendimiento.

Se impone reposo absoluto á la enferma y se le administra opio y oxígeno. El dia 15 á las 4 p. m. la hemorragia se reproduce más abundante que la anterior. Se resuelve provocar el parto inmediatamente. Se aplica el pequeño saco de Barnes, que en este caso no solo obra dilatando el cuello, sino que pone una barrera á la hemorragia; á las nueve p. m. se retira el dilatador introducido y se coloca el de mayor capacidad; las contracciones se hacen, desde este momento, seguidas y fuertes; á las 12 p. m. la dilatacion era bastante amplia para permitir la aplicacion del forceps; se aplica este instrumento y se extrae un niño de 2650 gramos de peso.

Alumbramiento espontáneo despues de 20 minutos;hay un poco de hemorragia, se dá cornezuelo de centeno y se detiene.

El niño, no obstante su tierna edad, siete y medio meses próximamente, no ha necesitado del incubador, pero sí de una nodriza, porque el estado de debilidad de la madre no le ha permitido amamantarlo.

La enferma fué dada de alta el 5 Agosto 1889.

OBSERVACION IV

Primípara.—Eclampsia.—Embarazo de ocho meses.—Provocacion del parto.—Expulsion expontánea.—Niño muerto.

Batistina B..... italiana, 21 años, lavandera, entró á la Maternidad el 10 de Octubre de 1889.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes individuales.—Aparicion de las primeras reglas á los 14 años; ha reglado siempre bien, con una duracion de cinco dias. Ultima aparicion de la menstruacion en el mes de Marzo de 1889.

Esta enferma entró á la Maternidad á las 5 p. m. en un estado comatoso, y con accesos eclámpsicos que se repetían á cortos intervalos; temperatura 39°, pulso lleno y fuerte, respiracion estertorosa, grandes edemás generalizados y con una enorme cantidad de albúmina en la orina.

El primer acceso convulsivo ha tenido lugar á las 8 a. m. del mismo dia. El trabajo del parto ha empezado con las convulsiones. La palpacion y auscultacion revelan una presentacion de vértice en O. I. I. A. (1.ª posicion).

Se coloca el segundo de los sacos de Barnes; las contracciones se hacen muy violentas y los latidos del corazon del feto se hacen lentos é irregulares; se piensa intervenir con el forceps, para salvar la vida del niño, pero las contracciones se hacen tan intensas y aproximadas que se hace imposible la

intervencion, y la mujer pare espontáneamente un niño muerto.

Las convulsiones cesan, pero no desaparecen; se le hace una sangría y se le administra cloral en forma de enemas; las convulsiones cesan para no volver más. Dieta láctea. La albúmina y los edemas se disipan en la primera semana del puerperio; el estado general mejora rápidamente, y pide el alta 25 dias despues del parto.

Si esta enferma hubiese sido atendida desde el primer momento, el niño se salva, puesto que hemos visto que él ha muerto media hora antes de nacer.

Mayo 1890.

ABEL E. SIMONOVICH.

Buenos Aires, Mayo 13 de 1890

Pase á informe de los Sres. Académicos Dr. Pinto y Catedráticos Doctores Molina y Vila.

M. GONZALEZ CATAN
L. de la Cárcova
Secretario

Buenos Aires, Mayo 26 de 1890

Reunida en el local de la Facultad, la Comision que suscribe, resuelve aprobar esta tesis por estar dentro de las condiciones que fija el Reglamento.

J. de T. Pinto
Luis F. Vila—S. Molina

Mayo 28 de 1890

De acuerdo con el informe que antecede, entré-

guese al interesado para su impresion; debiendo fijarse por Secretaría el dia en que deba sostenerse en acto público, ante la Comision Examinadora respectiva.

M. Gonzalez Catan
L. de la Cárcova

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

ANATOMÍA TOPOGRÁFICA.—Region del pliege del codo.

HISTOLOGÍA NORMAL.—Membrana mucosa de la boca.

FISIOLOGÍA.—Músculos lisos.

PATOLOGÍA GENERAL.—Signos suministrados al diagnóstico por el exámen de los labios.

MATERIA MÉDICA Y TERAPÉUTICA.—Balsámicos.

HIGIENE PÚBLICA Y PRIVADA.—Bebidas espirituosas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Bacterio de la blenorragia.

NOSOGRAFÍA QUIRÚRGICA.—Artritis blenorrágica.

MEDICINA OPERATORIA.—Ligadura de la arteria femoral en el canal de Hunter.

GINECOLOGÍA.—Modo de evitar los accidentes que resultan de la flexion irreductible.

NOSOGRAFÍA MÉDICA.—Pleuresia.

PATOLOGÍA MENTAL.—Lipemania religiosa.

OBSTETRICIA.—Lactancia.

MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA.—Disposiciones legales sobre las heridas y traumatismos.

OFTALMOLOGÍA.—Apoplegía general del vitrio.