2846

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Médicas

DE LA MORTALIDAD

EN LOS

RECIEN NACIDOS

TESIS INAUGURAL

PRESENTADA PARA

OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

ENRIQUE L. DAY

EX-INTERNO DEL HOSPITAL SIFILICOMIO (DE MUJERES)

Ex-interno del Hospital Rivadavia (de mujeres)

BUENOS AIRES

Imp. Litografía y Encuadernación La "Mendocina" Arenales, 2302

1895

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Médicas

DE LA MORTALIDAD

EN LOS

RECIEN NACIDOS

TESIS INAUGURAL

PRESENTADA PARA

OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

ENRIQUE L. DAY

EX-INTERNO DEL HOSPITAL SIFILICOMIO (DE MUJERES)

Ex-interno del Hospital Rivadavia (de mujeres)

BUENOS AIRES

Imp. Litografía y Encuadernación La "Mendocina" Arenales, 2302

1895

Art. 132 del Reglamento de la Facultad.
La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

Vice Decano

DOCTOR D, PEDRO MALLO.

Académicos Titulares

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.
" " JOSÉ T. BACA.
" " RAFAEL HERRERA VEGAS.
" " PEDRO MALLO.
" " JOSÉ M. ASTIGUETA.
" " JACOB DE T. PINTO.
" " EUFEMIO UBALLES.
" " JUAN R. FERNANDEZ.
" " ENRIUQE E. DEL ARCA.
" " PEDRO N. ARATA.
" " MANUEL BLANCAS.
" " ROBERTO WERNICKE.
" " PEDRO LAGLEYZE.
" " JOSÉ PENNA.
" " LUIS GÜEMES.

Académicos Honorarios

DOCTOR D. ERNESTO ABERG.
" " PABLO MARENCO.
" " EDUARDO WILDE.
" " MARTIN SPUCH.
" " TELÉMACO SUSINI.

Secretario Titular

DOCTOR D. LUIS M. ACUÑA.

Pro-Secretario

ZENON AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan José Naon
Anatomía Topográfica	"	Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	"	Andrés F. Llovet.
Fisiología General y Humana	"	José M. Astigueta.
Higiene Pública y Privada	"	Melitón Gonzalez del Solar.
Patología General y Ejercicios clínicos	"	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	"	Justiniano Ledesma.
Patología Externa	"	Guillermo Udaondo.
Patología Interna	"	José Penna.
Anatomía Patológica	"	Telémaco Susini.
Medicina Operatoria	"	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	"	Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y Clínica Pedriática	"	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Ofatalmológica	"	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su clínica	"	José M. Ramos Mejía,
Enfermedades mentales y clínica respectiva	"	Domingo Cabred.
	"	Julián Aguilar.
Clinica Quirúrgiea	Dres.	Antonio C. Gandolfo. Eufemio Uballes.
Clínica Médica	"	Gregorio G. Chaves. Samuel A. Molina.
Obstetricia y clínica respectiva		
Botánica Médica	Doctor	Adolfo Mujica.
Medicina Legal	"	Eduardo M. Perez.
Química aplicada á la Medicina	Dres.	Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga.
Física Médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Zoología Médica	"	Eliseo Cantón.
Toxicología	"	Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	"	Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	"	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	"	Juan A. Boeri.
Práctica farmacéutica	"	J. Manuel Irizar.
Obstetricia para alumnas parteras	"	Juan R. Fernandez.
Odontología	"	Nicasio Etchepareborda.

Asignaturas	Catedráticos sustitutos	
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía Topográfica	"	Avelino Gutierrez.
Histología teórico-práctica	"	Rodolfo de Gainza (en ejer.)
Fisiología General y humana	"	Pedro J. Coronado.
Higiéne Pública y Privada	"	Enrique Revilla.
Patología General y Ejercicios clínicos	"	Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patología Externa	"	Obdulio Hernandez (en ejer.) Pascual Palma.
Patología Interna	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomía Patológica	"	Cárlos Malbrán.
Medicina Operatoria	"	Diójenes Decoud.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	Dres.	Enrique Bazterrica (en ejer.) Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y Clínica Pedriática	"	Antonio E. Piñero. Facundo Larguía.
Enfermedades de ojos y Clínica Ofalmológica	"	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su clínica	Doctor	José A. Estevez.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo. Alejandro Castro.
Clínica Médica	"	Abel Ayerza. Julio Mendez. Francisco Sicardi (en ejer.)
Física Médica	Doctor	Juan J. Galiano (interino).
Obstetricia y clínica respectiva	"	Luis F. Vila.
Medicina Legal y Toxicología	"	Francisco Veyga.
Laringología, otología, rinología	"	Wenceslao Tello.
Enfermedades venéreas, dermatología	"	Maximiliano Aberastury.
Obstetricia para alumnas parteras	"	Enrique Pietranera (en ejercicio)

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO DOCTOR LUIS GÜEMES

A la memoria de mi padre

A mi madre y hermanos

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Presento á vuestra consideración, mi trabajo inaugural, basado sobre datos que durante mi internado en el Hospital Rivadavia, recogí en la Maternidad de dicho Establecimiento y sobre los que posteriormente me han sido suministrados de la misma fuente.

He revisado con escrupulosidad, el Boletin Clínico de cada enferma y es su estudio detenido, el que me ha permitido llegar á las conclusiones insertas al final dc este trabajo.

El verdadero deseo de esclarecer la parte de la estadística general, concerniente á la mortalidad infantil en dicha maternidad, puedo aseguraros, que ha sido el único móvil que me ha decidido á presentar este trabajo á vuestra consideración.

Y he preferido proporcionar estos detalles, antes que engolfarme en deducciones sobre otros asuntos ó hechos para los que, vosotros lo sabeis, faltan al estudiante la

experiencia y el criterio médico, que solo proporcionan una práctica laiga y concienzuda.

Permitidme manifestaros mi agradecimiento por vuestras lecciones y vuestros consejos y permitidme que lo haga públicamente, antes de entrar en la materia de este lijero estudio.

Pretender seguir la curva de de la mortalidad infantil á traves de los años, seria empresa larga, que no tengo intención de acometer. En general no debo estar léjos de la verdad, aseverando que ella ha seguido las variaciónes que la era antiséptica por un lado y los adelantos del arte por otro, han impreso desde un tiempo á esta parte á la cifra antes aterradora de la mortalidad.

El número de recien nacidos muertos, ha disminuido indudablemente en términos generales, aprovechando de los grandes factores que acabo de señalar; pero seguramente la estadística de su mortalidad, no es la que mayor beneficio ha sacado de esas circunstancias mas favorables y de esos medios mas propicios.

En efecto, por una parte el reinado antiséptico en poco ha contribuido reduciendo el número de niños muertos; el descubrimiento de nuevas operaciónes cuya indicación gira en estrechos límites, de escasa utilidad entre nosotros, por cuanto son destinados á pelvis viciadas, que tengo motivos fundados para creer muy raras, no ha podido contribuir tampoco en gran escala, à la reducción de la cifra de la mortalidad infantil.

Talvez la causa eficiente en el descenso de dicha cifra,

esté mas bien en la simplicidad de los métodos y en la perfección de los mismos, en la mayor claridad de las indicaciones, en el mayor cuidado que se presta a las embarazadas, en la rapidez de la intervención etc, etc.

Yo me propongo en el presente trabajo, encontrar la cifra exacta de la mortalidad de recien nacidos, en la Maternidad del Hospital Rivadavia, y para llegar á ese fin, examino detalladamente todas las causas anotadas, como productoras de la muerte del feto en sus boletines clínicos.

Doy comienzo con la mortalidad en las *intervenciónes* y busco el °/₀ en las aplicaciónes de Forceps, Versiones, etc, tratando en lo posible de investigar el mecanismo de la muerte, ó la causa mas probable por que debió producirse.

Sigo despues con el capítulo de las *complicaciónes* y examino por separado la procidencia del cordon, eclampsia, procidencia de los miembros etc, etc.

Me he detenido en el estudio de la primera de las complicaciones que señalo, por ser frecuente, y por creer que en estos casos, la muerte del feto depende mucho de la naturaleza de las intervenciones y de la rapidez con que se lleven á cabo.

En el tercer capítulo examino la mortalidad debida á la *Sífilis* incluyendo allí los fetos *macerados*, por estar directamente ligados á aquella causa.—Los datos estadísticos á que llego en este parte, creo tienen verdadera importancia y no les mezquino los detalles y desenvolvimientos necesarios.

Despues me ocupo de la mortalidad imputable á la *falta de desarrollo, á la debilidad congénita*. Esta parte

contiene además datos relativos á la muerte del feto despues de haber nacido vivo, por enfermedades generales ó por causas variadas, sumamente frecuentes en la clínica.

Termino haciendo una relación detallada del °/₀ con que contribuyen á la cifra general de mortalidad, las embarazadas que ingresan al servicio con feto muerto y del °/₀ con que contribuyen á la misma cifra, las embarazadas que han ingresado con anterioridad á la clínica y que para distinguirlas, llamo embarazadas del servicio.

Del conjunto general de datos, hago por así decir la suma total, y es el resultado que presento en forma de conclusiones, á la terminación de mi trabajo. Es, si se me permite la expresión, la esencia del mismo, que he reunido en algunas líneas.

Forceps.—Durante el año 1894, se practicaron en el servicio 25 aplicaciónes de Forceps, dando por resultado 20 niños vivos y 5 muertos.

La causa de la intervención y los detalles completos de los mismos, se encuentran en las "*Consideraciones del movimieuto del servicio del año 1894*," que publicó el entónces interno de la clínica Sr. S. Salcedo.

Durante el presente año de Enero á Septiembre, se han practicado en el servicio 43 aplicaciones de Forceps, de las cuales una sola vez para la cabeza última.

Los resultados esta vez han sido: niños extraidos vivos, 35; extraidos muertos, 8; y la causa de la intervención ha sido distinta en cada caso, encontrándose anotados el sufrimiento del feto, el volúmen exesivo de la cabeza, la procidencia del cordon lijera estrechez pelviana etc.

De manera pués que en total tenemos: en el transcurso de veinte meses, sobre 950 embarazadas, practicadas en el servicio 68 aplicaciones de Forceps, con 55 niños extraidos vivos y 13 muertos.

Descompongamos este último total, que es el que nos interesa, en pequeñas fracciones para hacerlo mas susceptible de un examen detenido.

Así encontramos que la causa de la muerte fué:

La procidencia del cordon.....	1	véz
La acción del instrumento..... ...	3	veces
La prolongación del trabajo.....	4	«
La eclampsia.	1	véz
Enfermedad grave de la madre... ..	2	veces

Los dos niños muertos que faltan para completar el total de 13, llegaron muertos a la clínica y se intervino en tales circunstancias.

Si penetramos mas aún en los detalles del cuadro precedente, le encontramos todavia susceptible de fundadas divisiones.

En efecto, de los 11 casos, solo 7 veces se intervino con probabilidades de exito, es decir, con feto vivo; en los 4 casos, 3 veces la muerte del feto fué anterior á la intervención y ésta solo se hizo para extraer un feto muerto (eclampsia, ataque de asistolia en la madre), en el otro caso, los latidos eran apenas perceptibles, y cuando se decidió intervenir, se pronosticó la muerte inevitable del niño.

Tomando todos estos datos en consideración, encontramos pués los siguientes resultados, por lo que respecta á la mortalidad en las aplicaciones de Forceps:

Sobre 68 aplicaciones de Forceps, tomadas en conjunto tenemos:

Niños extraidos vivos.....	55
« « muertos.....	13

Dos llegaron muertos á la clínica; luego 11 muertos en el servicio, en los que en algun momento talvéz fué posible su extracción vivos.—Esto dá un 16.77 % de

mortalidad ó en otros términos, 1 niño muerto sobre 6 vivos.

Descontando ahora de los 11 casos, las veces en que, dentro del servicio, la muerte del feto fué anterior á la aplicación de Forceps, encontramos:

Niños muertos después de la intervención..... 7
" " antes " " " 4

Lo que quiere decir, que 7 veces, la muerte del feto fue imputable á la intervención, es decir que en un 10.29 %, por causa del instrumento, por defectos de la operación ó por descuidos del operador, el niño que por hipótesis, debemos suponer como pudiendo ser extraido vivo, fué extraido muerto.

Es esta cifra de 10.29 %, son estos 7 casos de feto muerto, los que yo quiero estudiar ligeramente, porque creo con razón, que estos nacidos muertos durante la intervención, deben imputarse directamente al servicio.

Para mayor facilidad, divido estos casos en dos grupos y atribuyo la muerte del feto

A la acción del instrumento..... ..... 3 veces
A la prolongación del trabajo .... 4 "

No me detendré á examinar el mecanismo por el cual se ha producido la muerte del feto en los tres primeros casos, pero creo que la presión que producen las ramas del Forceps y las tracciones que se hace sufrir al niño en tales ocasiones, deben obrar, por débiles que sean y por mas prudencia que se emplee, de un modo nada favorable para la salud del recien nacido.

En efecto, no es posible que el operador mida rigurosamente la fuerza que despliega, siendo de notar que, cuanto mayor es la resistencia, mayor es el esfuerzo y

mas considerable la distension de las partes presionadas ó traccionadas.

En tales circunstancias, la fuerza que el operador se vé fatalmente obligado á desplegar, debe producir sobre el cerebro y la médula del feto alteraciones, ó estiramientos tales sobre los nervios, que hagan imposible la conservación de su vida.

De los 7 niños muertos extraidos con el Forceps, en tres de ellos la causa de la muerte resulta ser indudablemente, el exeso de presión sobre la cabeza; compresión tan manifiesta en uno de ellos, que la autopsia dejó ver pequeñas hemorragias sobre el cerebro, debidas á la ruptura de pequeños capilares y de vasos de mayor importancia.

En los restantes, la muerte no debe imputarse propiamente al instrumento, sino á las condiciones poco favorables en que fué aplicado.—Nótase en efecto que en estos 4 casos, se ha esperado demasiado y se ha intervenido, cuando los latidos fetales indicaban ya un sufrimiento manifiesto del feto, despues de 30 y mas horas de trabajo, obteniéndose como resultado, la extracción de niños imposible de continuar viviendo.

Entro en estos detalles, por que es mi propósito analizar detenidamente, y una á una, las causas de la mortalidad infantil, para poder deducir conclusiones tan cerca de la verdad como es posible, á la vez que sacar un dato estadístico digno de crédito.

Resulta pues, que bien constatado, existen tres casos en que la muerte del feto, parece directamente ligada al uso del Forceps, lo que indicaria que el instrumento mismo

produciria el 4.41 % de la mortalidad total en dicha intervención.

Si dejando ahora estos tres casos, pasamos al exámen de los otros cuatro, vemos que en estos, dos veces los niños nacieron asfixiados sin poder ser vueltos á la vida; que una véz efectuaron movimientos respiratorios, para cesar muy luego, y que una vez tambien, el niño no respiró despues de extraido.

Otro hecho de importancia se deduce de las observaciones de estos casos, y es que la duración del trabajo fué en dos multíparas de 56 y 34 horas respectivamente y en dos primíparas de 27 horas 40 minutos en una y de 27 horas 10 en la otra.

Esta duración del trabajo, sobre todo en las primíparas es excesiva, máxime cuando los boletines constatan la dilatación completa y ruptura de la bolsa desde muchas horas ántes.

En tales embarazadas sin embargo, en que la prolongación del trabajo autorizaba ya á intervenir, se ha esperado no obstante, el sufrimiento marcado del feto, la irregularidad y debilidad de sus latidos etc, etc, para decidirse á operar.

Tal conducta constituye á mi entender, una falta grave; eso es asistir á la muerte segura del feto, esperando que esté en agonia para intentar salvarle.

En los 4 casos que yo clasifico de trabajo prolongado, las conformaciones pelvianas han sido normales; el comienzo del trabajo del parto, lo mismo que la prosecución de dicho trabajo, han seguido su curso natural, salvo sin embargo, *un caso* en que el feto muy voluminoso, hizo difícil el trabajo y laborioso el parto; todos los

niños extraidos eran à término y pesaban por encima de 3,200 gramos; todo estaba preparado, en una palabra, para un buen parto ó para terminarlo extrayendo una criatura sana y robusta.

En tales circunstancias, cabe preguntar, obedeciendo á que principios, sugetándose á que hechos se ha dejado avanzar el trabajo y se ha esperado el sufrimiento del feto, es decir, el comienzo de su muerte, para practicar una operación, después de treinta y mas horas de trabajo infructuoso.

Y es justo preguntar esto, cuanto que tal manera de proceder, constituye nada menos que el 5.88 °/₀ de la mortalidad por aplicaciones de Forceps, la que debia mejor imputarse á la prolongación del trabajo, al descuido, en otros terminos, del momento de la intervención.

Resumiendo pues, el Forceps constituye el 4.41 °/° de la mortalidad, y la exesiva duración del trabajo el 5.88 °/°, datos que sumados nos dan el 10.29 °/₀ de mortalidad en estas intervenciones y que reputo como medida exacta y cifra cierta, lamentando que la tardanza en ciertos casos, aumente notablemente la cantidad.

Ya tendremos por otra parte, ocasión de volver sobre este asunto en los párrafos siguientes:

Version: —Desde Enero de este año hasta Septiembre, se han practicado, 7 versiones podálicas que agregadas á las 10 del año pasado, forman un total de 17 versiones sobre 950 partos más ó menos.

Las indicaciones y los resultados de los 10 casos operados el año 1894, se hayan contenidos en las "consideraciones del movimiento del servicio" de ese año, á que hemos hecho referencia y repartido en la forma que

transcribo: 6 de las embarazadas ingresaron á la clínica en trabajo avanzado de parto; de estas 6, 5 llegaron con feto muerto; en una sola se percibian latidos fetales.

De los cinco casos en que el feto estaba vivo:

Nacieron vivos.....	3	niños
" muertos.....	2	"

La indicación de las 10 versiones, se reparte así:

Presentaciones del tronco	4
" de cara.....	1
Placenta prévia.....	2
Sufrimiento del feto.....	2
Presentación del vértice y piés.....	1

De las 7 versiones practicadas este año, lo fueron en enfermas del servicio dos veces; y cinco en embarazadas que ingresaron en trabajo avanzado de parto. — De estas últimas, dos llegaron con feto muerto y procidencia del cordon (véase complicaciónes) y las otras tres con feto vivo, pero sufriendo seguramente; á lo menos así lo revelaban los latidos fetales acelerados y débiles.

En los cinco casos en que los latidos fetales eran perceptibles,

Nacieron vivos.....	2	niños
" muertos	3	"

La indicación en los 7 casos fué:

Presentación de tronco.....	6	veces
" " vértice (parto provocado).....	1	véz

Resulta pués que de los 17 casos, en que se intervino practicando la versión podálica, 7 vèces se hizo en embarazadas con feto muerto y 10 veces en embarazadas con feto vivo; y que de estos últimos 10 casos,

Nacieron vivos	5	niños
" muertos.....	5	"

lo cual arroja un 50 °/₀ de mortalidad.

La cifra como se vé no puede ser mas elevada; por cada niño extraido vivo, por este médio, otro es extraido muerto.

En algunos de los casos llegados con feto muerto al servicio, en los que habia procidencia del cordon y miembros, la muerte fué seguramente debida á la primera de estas complicaciones. —A la procidencia del cordon, debe tambien referirse la muerte de uno de los fetos extraidos en estas condiciones después de la intervención, pero vivo antes de ella.

Fuera de este caso, la causa íntima de la muerte en los casos restantes, pienso debemos buscarla, en la práctica misma de la operación.

La práctica de la versión en efecto, requiere por sí sola gran habilidad, y encierra en sus diversos tiempos, maniobras ó movimientos muy susceptibles de producir la muerte del feto, aunque se practiquen con suavidad y paciencia.

Quiero referirme á las tracciones efectuadas sobre los miembros fetales y mas que á estas, al momento de la extracción de la cabeza, aparte de que la simple retención del ovoide cefálico, en el estrecho superior ó la escavación, es ya suficiente para producir la asfixia y como consecuencia la muerte del niño.

En efecto, en la mayoria de los casos, en que el feto fué extraido muerto despues de la versión podálica, encontramos que estas han sido difíciles y laboriosas, ya por defectos del útero contraido, ó por dificultades inherentes á la operación misma, habiendo sido necesario en un caso, extraer la cabeza última con el Forceps, en otro, practicar por 3 veces la maniobra de Mauriceaux, y

en un tercero, practicar la rotación del ovoide cefálico, mal colocado sobre el estrecho superior.

La extracción de la cabeza última tiene sus peligros, por débiles que sean las tracciones y por mas moderada la fuerza empleada para flexionarla y hacerla descender en la escavación.

El peligro general para el niño de la práctica de la versión podálica, es la asfixia. Ahora bien, inmediatamente de haber extraido el tronco del feto, el niño comienza á hacer inspiraciones que se reconocen al exterior, por los movimientos del abdómen. Desde este momento él tiene necesidad de aire y si en véz de éste, solo inspira meconium, líquido amniótico, mucosidades, sangre, etc, etc,su vida está gravemente comprometida.

De modo pues que todo indica que hay que proceder con rapidez suma. Pero, ¿que versión es aquella, que por mas sencilla, por mas favorables que sean las condiciones en que se intervenga, no ha menester el empleo de largos minutos en el desprendimiento de los brazos, y sobre todo del ovoide cefálico, máxime si los primeros se han elevado después del pasage del tronco, ó la cabeza ha quedado deflexionada sobre el estrecho superior?

Compréndese pues, que el menor retardo en tales maniobras, repercute directamente sobre el niño; y que aun en las condiciónes mas perfectas, cuando todo se presenta bien, la práctica solo de la maniobra de Mauriceaux, entra en línea de cuenta por lo que concierne á la mortalidad infantil.

Esta es siempre elevada y por lo que respecta á la Maternidad del Hospital Rivadavia, ella alcanza á un 50 °/₀, cifra muy alta en verdad y que solo puede disculpar, el

tratarse de embarazadas que ingresan al servicio en trabajo muy avanzado; y en las que no es raro se hayan hecho antes tentativas de extracción sin resultado.

Como una prueba de esto último, los dos fetos vivos, extraidos por la versión, pertenecian á dos embarazadas que se asistian en la clínica desde tiempo antes. Una de ellas, fué operada por una presentación de tronco, que la versión externa y el vendaje, no consiguieron mantener de vértice; en la otra se provocó el parto, por una lijera estrechez pelviana, (conjugata-vera, de 0.09 $^{1}/_{2}$ centímetros) terminándose por la versión, con éxito completo á pesar de las dificultades.

La mortalidad infantil por versiones, es la cifra mas alta que encontramos.

Extracción completa: — En todo el año pasado se han presentado á la clínica, 21 presentaciones de pelvis, de las que 14 eran completas y 7 incompletas; estas últimas así repartidas: nalgas 3; rodilla 3; pié 1.

En todas estas presentaciones pelvianas, la estadística de la Maternidad á que nos hemos referido, señala solamente 3 veces practicada la extracción completa, con un niño vivo y dos muertos.

En lo que vá del corriente año se han encontrado 18 presentaciónes de pelvis, de las que 8 han sido completas y 9 incompletas; estas últimas, así distribuidas: nalgas 6; pié 3.

En siete veces de estos 17 casos, se ha practicado la extracción completa ó grande extracción, con el siguiente resultado:

Niños	muertos.....	2
"	vivos.....	5

Es solo la mortalidad en los casos en que se practica la extracción manual, que quiero ocuparme en este momento, dejando para mas tarde, lo referente al pronóstico del parto en las presentaciones pelvianas.

Resumiendo pues los datos anteriores, encuentro sobre 950 embarazadas, 10 veces efectuada la extracción completa, la que ha dado,

Niños vivos..... 6
" muertos..... 4

Hablando de la versión podálica, hemos tocado incidentalmente, la cuestión del mecanismo de la muerte del feto en los casos de cabeza últ ma y no hubiera vuelto sobre el asunto, si examinando los Boletines correspondientes á estas 10 intervenciónes, no encontrara como causa casi única, la excesiva prolongación del trabajo.

Es muy cierto que es deber de todo partero, *saber esperar*, pero no es menos cierto que debe *saber esperar bien.*

Es sensible que la estadística de esa Maternidad del año 1894, á que me he referido y tendré ocasión de referirme, no nos diga, cual es la causa porque se espera tanto; para que no quede á los demás, el derecho de pensar que se trata de descuidos imperdonables, que justo es reconocerlo, hay siquiera la franqueza de publicar.

En los 7 casos del presente año, de los dos muertos durante la extracción completa, el uno murió antes de que esta se llevara á cabo; el otro, fuè extraido muerto, pero cuando se intervino se hizo en condiciones deplorables para la vida del niño.—La duración del trabajo fué en el primer caso, de 50 horas 20, y de 28 horas en el segundo.

Hay pues como se vé, un defecto que no alcanzo, pero que me atrevo á creer, concierne al régimen interno de esa Maternidad, por el cual se interviene tardíamente, en casos en que la rapidez es de urgencia, pues de ella depende la vida de la madre y del hijo; esta tardanza dá por resultado, que cuando la intervención llega ha hacerse práctica, el niño si no ha dejado de existir, se encuentra en pésimas condiciones para continuar viviendo.

Ya tuve ocasión de hacer notar este defecto, que se dejaba prolongar demasiado el trabajo, al estudiar la mortalidad en el Forceps. Encuentro aquí nuevamente la misma causa y quiero llamar sériamente la atención á este respecto, porque en estas condiciones, los niños que aparecen extraidos muertos, son niños que ha sido posible extraer bien y vivos, ha haberse intervenido á tiempo, y en buenas condiciones.

¿Qué feto puede resistir sin peligros para su vida, trabajos de 30, 40 y 50 horas en dilatación y bolsa rota desde mucho antes?

Si se persiste en tal conducta, creo no debe extrañarnos la cifra de la mortalidad; debe solo extrañarnos que no sea mas elevada aun.

Las mismas historias de que nos servimos, nos han dictado la escasez de pelvi-viciaciones en el servício; dada la rareza de casos difíciles que necesiten mucha laboriosidad, dada en fin la facilidad relativa de la mayoria de los casos para que el parto termine bien, expontàneamente ó mediante una intervención, dados estos antecedentes digo, no hay razón para que esa clínica nos presente una cifra de mortalidad infantil, que reputo muy superior á la que debe ó está en la obligación de producir.

Parto provocado; —Incluyo en este título, dos casos de parto forzado practicados en el servicio, uno de ellos el año anterior por sufrimiento de la madre y otro este año, por eclampsia.

Hecha esta advertencia, encontramos por todo un total de 7 casos con el siguiente resultado:

Niños vivos.....	5
" muertos.....	2

La causa de la provocación del parto, ó del parto forzado en estos 7 casos, ha sido la siguiente:

Mal de Bright.....	1	vez
Eclampsia.....	2	veces
Hemorragia	1	vez
Volúmen execivo del feto.....	1	"
Estrechez pelviana (C. V. 009. c. m.).....	1	"
Peligro de muerte para la madre.....	1	"

Los dos niños muertos, pertenecen á la estadística del año pasado; dos embarazadas eclámpticas, una de las cuales presentaba una placenta prévia.

En tres de los casos de niño vivo, se puso en práctica el método de Krause (sonda entre las membranas y la pared uterina) seguido ó nó de inyección de agua esterilizada dentro de la cavidad uterina.—En los otros dos casos de niño igualmente vivo, se practicaron incisiones en el cuello uterino y se terminó el parto por una aplicación de Forceps.

En los dos casos de feto muerto, se hizo uso de los dilatadores de Barnes y del de Champetier de Rives y como es fácil comprenderlo, la dilatación completa tardó en hacerse y en el intérvalo, sucumbieron ambos niños.

Bueno es hacer presente, que las madres de estos niños estaban en un estado verdaderamente desesperado

y no les sobrevivieron: eclampsia y una afección cardiaca en la una; eclampsia y placenta prévia en la otra.

Tomando pues en conjunto, los resultados de nuestros 7 casos, encontramos que arroja un 28.57 °/₀ de mortalidad, cifra que tambien me parece elevada y voy á dar la razón.

En efecto, la indicación del parto prematuro artificial, solo ha sido una vez por estrechez pelviana (c. v. de 0.09 c. m.) con feliz éxito. —Los otros casos lo fueron por causas que, como la eclampsia, la hemorragia, feto grande, enfermedades otras de la madre, presentan una gravedad mayor para éstas que para el hijo.

Y bien dado el número reducido de estrecheces pelvianas, las que proporcionan mayor mortalidad fetal, dando crédito á las interesantes estadísticas de Spiégelberg, Litzmann, Fristh etc, etc, en un servicio en que estas son una rareza, no hay razon para que la cifra de la mortalidad sea elevada.

Me declaro verdaderamente partidario del parto prematuro artificial, no solo en los casos de estrecheces pelvianas, sino en todos aquellos en que la vida de la madre está en peligro.

El éxito completo obtenido en el caso de estrechez pelviana, es un argumento mas á mi favor, pues creo preferible extraer un niño á 7 y medio ú ocho meses, mediante el parto provocado, que abrir la sínfisis para extraerlo á término.

Y es este mismo hecho de ser partidario de esta intervención, lo que me obliga á entrar en estos pormenores, deseando que la cifra estadística corresponda á la gravedad de la causa. Los dos partos forzados, que como he

dicho antes incluyo en el parto prematuro artificial, han sido seguidos del mas completo éxito.

Talvéz no sea exagerado al decir que la muerte de los dos fetos en los casos de que me ocupo, dejando de lado el mal estado general de la madre, ha sido debida, á la desgraciada elección del método y á la lentitud con que en ambos casos se ha procedido.

Con todo, obtener de 7 casos, cinco niños vivos, es un éxito, pues la mortalidad alcanza así, á un 27. 57 °/₀ cifra que me parece elevada, de un modo relativo solamente, es decir, en atención á la poca gravedad de los casos en que el método fué puesto en práctica y de ningun modo de una manera absoluta.

Operación cesárea: —Poco es lo que tenemos que decir á este respecto, pues dicha operación, no ha sido practicada sino rara vez y por lo tanto los resultados no nos autorizan á sacar conclusiones.

La operación cesárea encuentra en efecto su principal y mas neta indicación, en las pelvis notablemente estrechadas de 68 m. m. por debajo; y estas pelvis no se han encontrado nunca en las mediciones practicadas en esta clínica,—mas aún, las pelvis medianamente estrechadas son una rareza, y las mujeres que las presentan, paren sin necesidad de intervención las mas de las veces, lo que prueba que la estrechez no depende de una viciación del esqueleto.

Durante el año 1894, no se han practicado en este servicio, ninguna operación cesárea. Hubo, sí, la intención y se hicieron los preparativos necesarios para llevarla á cabo, en una embarazada que sufrió la ruptura del útero antes de que la intervención se efectuase;

de modo que ésta quedó reducida á una simple laparotomía, para extraer un niño ya fuera del útero y hacer una histerectomía consecutiva.

La historia completa de este caso muy interesante por otra parte, fué publicada en los Anales del Círculo Médico, con todos los detalles y observaciones de la operación.

Durante el presente año, se ha practicado una vez la operación cesárea, en una mujer que habia sufrido á fines de 1893 una intervención análoga.

Trátase de una enferma que presenta una pelvis raquítica bien neta y en la que la conjugata-vera, á la pelvi-metría interna, alcanza á 0.07 centímetros.

Esta mujer presenta estigmas manifiestos de raquitismo, y su pelvis constituye una de las pocas y escepcionales viciaciones que se han encontrado en el servicio.

En la intervención del presente año, se habia resuelto la provocación del parto á los 7 $^1/_2$ meses por razones que es fácil comprender, de acuerdo en esto con la enferma, á la que por el hecho de ser un *caso raro*, se le dispensaban algunas consideraciones.

Dos tentativas de provocación del parto por el método de Krause, quedaron sin resultado. La enferma que habia sufrido mucho con la introducción de la sonda, se negaba á la continuación de dicho tratamiento. Fué entonces que se le ordenaron enemas de cloral y laudanizados, para calmar los dolores y prevenir las contracciones. Con todo, el cuello era dilatable, las contracciones se hicieron violentas, el encaje del ovoide cefálico no se efectuaba, la mujer sufria pidiendo ser operada y su estado general se agravaria mas y mas con la prolongación del trabajo.

En tal situación, fué que se decidió practicar acto continuo la operación cesárea, que fué llevada á cabo con entera felicidad, extrayéndose un niño vivo del sexo femenino, que ha crecido y está hoy perfectamente lo mismo que la madre.

De modo pues, que encontramos, niño vivo en la operación cesárea practicada este año; niño vivo en la laparotomía practicada por ruptura del útero el año anterior; y niño vivo en la operación cesárea practicada á fines de 1893.

Estos datos como se vé, no nos permiten abundar en pormenores sobre la gravedad de la intervención, por lo que respecta á la vida del niño, — y si hemos tratado de este punto que tan pocos datos suministra á nuestro objeto, ha sido por ser fieles al plan que nos hemos propuesto, y pasar en revista todas las intervenciones.

Embriotomía: — Todas las embriotomias practicadas en el servicio, lo han sido sobre fetos muertos (el año pasado una vez, el presente cuatro veces) y en enbarazadas llegadas á la clínica en periodo expulsivo, desde un tiempo variado entre 24 y 76 horas.

Decolación	2	veces
Baciotripsia	2	veces
Cefalotripsia y craneoclasia	1	vez

Los cinco fetos muertos, han llegado como hemos dicho en tal estado á la clínica, muchos de los cuales precedidos de aplicaciónes de Forceps desgraciadas, que han contribuido á un encaje de diámetros, en que solo la reducción del volúmen, pudo bastar á la extracción de la cabeza.

Un hecho importante se desprende de lo que acabo de decir, puesto que mi objeto es al mismo tiempo que hacer claras las causas de la mortalidad, encontrar la cifra exata del tanto por ciento de niños muertos; y este hecho es que la gran mayoria de esa mortalidad no se produce en el servicio sino fuera de él.

En las "Consideraciones sobre movimiento del año 1894 ya citadas y á que hemos hecho referencia en otra oportunidad, encontramos ya claramente formulado el hecho, llegando su autor á decir que mas de una vez, han tenido que poner fin á la triste obra por otros empezada.

Yo he presenciado tambien esos hechos y he visto con que poco criterio son discernidas las intervenciones fuera de los hospitales, con que sangre fria se llevan á cabo, por no decir con que toupét y como en condiciones tan poco ventajosas, la vida de la madre corra graves peligros y la del niño una muerte segura.

Y yo quiero hacer entrar en linea de cuenta este hecho por cuanto es el que mas eleva la curva de la mortalidad, como voy á demostrarlo concluyentemente al fin de este ligero trabajo.

Así veremos, que mas de la mitad de los niños muertos con que tiene que cargar el servicio, se producen antes que las embarazadas ingresen á él.

Si hago constar este hecho no es en descargo de la elevada mortalidad infantil, sino por creer justo y razonable no imputarle mas que los casos de feto muerto, de que por una ú otra razon, es directamente responsable.

Y si lo es ó nó, si ha podido ó nó salvar los niños que

en sus boletines figuran como nacidos muertos, va á decirlo terminantemente esta estadística.

Sinfisiotomía;—Sobre 900 embarazadas no ha habido ocasión de practicar ninguna vez la Sinfisiotomía en el servicio, razon por la cual no hablaremos de los resultados de esta operación.

Procidencia del Cordon:—Esta complicación no es muy rara en el servicio; habiéndose presentado 14 veces, sobre 950 embarazadas, 6 veces durante el año pasado y 8 de Enero á Septiembre de este año.

Esta complicación es sobre todo frecuente en las presentaciones de tronco, donde acompaña la procidencia de miembros; lo es tambien en las presentaciones de vértice, y de estas en las anteriores mas que en las posteriores, ocupando casi siempre una de las sínfisis sacro-ilíacas.

Es rara en las presentaciónes de Pelvis, donde solo una véz la hemos observado en el servicio.

La mortalidad suministrada por estos 14 casos en que el cordon fué procidente, no puede ser agregada á la mortalidad general, por que muchos de los casos de feto muerto, han sido ya tomados en consideración.

En efecto, el cordon ha sido procidente 5 veces en presentaciones de Tronco, donde á la vez habia procidencia de miembros; todos estos casos han sido tratados por la Versión ó la Embriotomía, y el recien nacido muerto, ha sido tomado en cuenta hablando de dicha operación.

De los 9 casos restantes, hay todavia que dejar de lado

un caso que ingresó á la Clínica con procidencia del cordon y niño muerto; sin duda alguna, la muerte del feto no fué debida á otra causa que á la compresión del cordon, pero el niño no murió en el servicio, razón por la qué, no debe figurar en la mortalidad que á este corresponde.

Quedan pues 8 casos netos y típicos de procidencia del cordon, que son los que me servirán para las líneas que escribo á continuación.

La procidencia tuvo lugar:

En presentación del vértice.....	7	veces
En presentación de pelvis... ...	1	vez

Los casos de procidencia en las presentaciones de Tronco han sido estudiadas ya como hemos dicho, al tratar de Versión y Embriotomía.

La longitud menor del cordon, en estos 8 casos ha sido de 0.52 centímetros (dos veces); la mayor de 1.05 centímetros; ha habido longitudes de 0.98, 0.96, 0.90 0.86, 0.84 centímetros.

La forma del cordon fué la espiral en todos, menos uno de los casos que fué lisa.

Hubo uno anudado y tres de ellos con una y dos circulares al cuello. En dos de las embarazadas se habia hecho diagnóstico de Hidramnios.

Por lo que respecta á la suerte que cupo al niño en estos 8 casos, encontramos:

Niño vivo	5	veces
« muerto.....	3	«

En lo concerniente al tratamiento encontramos que:

Se intentó reducir el cordon.....	6	veces,	con 3	niños	vivos
Se intervino directamente sin intentarlo...	2	«	« 2	«	«

De los 6 casos en que se tentó la reducción del cordon procid nte, el resultado fué:

Reducción del cordon..... 3 veces con 3 niños vivos
Imposibilidad de reducción..... 3 « « « « muertos

En los 3 casos en que se consiguió la reducción, dos veces se obtuvo, con ayuda de la mano, sin auxilio de ningun instrumento; en un tercer caso, se mantuvo dentro del útero, gracias ha haber sido atado á una sonda que se dejó dentro de la matriz hasta la expulsión del niño.

En los otros 3 casos en que habiéndose tentado la reducción no se obtuvo resultado, dos veces se usaron los instrumentos inventados con ese objeto y una sola vez los dedos.

De todos estos pequeños detalles que pareceran nímios y desprovistos de valor á primera vista, deduzco conclusiones que me parecen muy útiles, pues llevandolos á la practica disminuirian la cifra de la mortalidad.

De 8 casos, 3 ñiños muertos; tal es el hecho real y positivo, es decir, que en la complicación que estudio, el 37. 50 por ciento de los niños mueren.

Bien merece el número detenemos un instante. ¿Es posible evitar la procidencia del cordon?

Seguramente no, pues los unicos medios aconsejados tales como el reposo, la posición jenu-pectoral etc, en los casos en que la bolsa estando intacta, el cordon se *presenta* en el estrecho superior, son completamente infructuosos y mas molestos que útiles.

Las causas generales que presiden á la caida del cordon, por lo menos aquellos que ejercen una influencia manifiesta, no pueden ser evitadas. Forman parte

inherente, por asi decirlo del embarazo, de la madre, ó del feto.

¿Como evitar por ejemplo, la pequeñez del feto? ¿Un hidramnios mediano que no autoriza un parto provocado etc, las posiciones anómalas del feto, un cordon pesado, de una longitud superior á la media, que encuentra espacio para deslizarse, la ruptura espontánea y el derrame brusco de líquido amniótico, pueden acaso evitarse, de tal manera que pueda evitarse el accidente que generalmente los sigue, la caida del cordon á la vagina?

Ya he dado á conocer los datos que he creido interesaban á este respecto, en los 8 casos que analizo; longitud del cordon, forma, presentaciones del feto, hidramnios etc. etc.

No volveré sobre ellos, pero debo agregar que en los 8 casos, 7 madres eran multíparas una sola primípara; la razon de la procidencia explicada bajo este nuevo punto de vista, la multiparidad, es muy claro.—el encaje del ovoide cefálico en la primípara está hecho ó empieza ha hacerse desde muy temprano—7 meses; en la multípara, al fin del término de su embarazo.

Hay pues mas circunstancia y mas posibilidad, para que una ansa del cordon, vaya á formar parte de la bolsa de las aguas, al lado de la cabeza al tiempo del encaje. De esta situación á la procidencia del cordon, no media mas distancia que la ruptura de la bolsa.

No es pues posible evitar una complicación que, cuando las cosas estan dispuestas en su favor, debe producirse con seguridad. Pero á lo menos veamos si es posi-

ble evitar sus consecuencias, esto es, la muerte del feto.

Los resultados que mas adelante doy de los medios empleados en los 8 casos de que me ocupo, parecen concluyentes y son muy demostrativos.

En efecto, alli vemos que en la mitad de las veces que la reducción del cordon fué tentada, pudo conseguirse un resultado favorable, la reducción, salvando el niño; que en los otros 3 casos la muerte del feto fué el resultado de tales tentativas.

De los medios empleados, el mejor es sin duda la reducción manual. La mano en tales condiciones, aventaja al instrumento mas perfecto.

Por otra parte, en dos ocasiones que se dejó de lado toda idea de reducción y se fué directamente á extraer el feto mediante una intervencion, se extrageron dos fetos vivos, con el mas feliz éxito.

La reducción del cordon es siempre peligrosa. Si se hace uso de instrumentos, se pierde lastimosamente un tiempo que urgentemente reclama, la vida del feto comprometida.

Pienso que la conducta del partero en los casos de procidencia del cordon, está fundada en el grado de dilatación del cuello. Si esta es completa, cuando el prolapsus del cordon tiene lugar no hay ya duda; la intervención es de urgencia y debe ponerse rapidamente en práctica. Generalmente es el Forceps, el instrumento al que hay que recurrir.

Esperar en estos casos, tratando de reducir el cordon, es exponerse à perder un tiempo precioso en una maniobra que en mas de la mitad de los casos, quedará sin

resultado; es dejar lo cierto por lo dudoso. No hay que vacilar y decidir acto continuo la intervención.

De los 3 niños muertos, uno murió seguramente por haberse procedido del modo contrario. Se trataba de una enferma que padecia de una fístula vésico-cervical, multípara en la que la dilatación fue rápida. La cabeza se presentaba; la bolsa se rompió espontánea pero bruscamente y el líquido amniótico se derramó con fuerza fuera de los organos genitales, arrastrando en su salida el cordon que deslizó sobre la sínfisis sacro-ilíaca izquierda. El interno de guardia, en ausencia del interno de la clínica, procedió á la reducción manual pero sin conseguir sus resultados. Viendo esto acudió al Forceps, extrayendose un feto asfixiado que hizo algunas inspiraciones pero murió en seguida.

Si en este caso, habiendo dilatación completa, se hubiera procedido desde un principio á practicar una aplicación de Forceps, no trepido en afirmar que se hubiera obtenido completo éxito, logrando extraer un niño vivo.

Como muy bien se hace notar en la estadística de la clínica del año 1894, hablando de las complicaciones y entre estas de la procidencia del cordon, dice ha sucedido por lo general en estos casos, que al reducirse una ansa del cordon, otra hacia procidencia y ha sido esta la razon porque se ha intervenido apresuradamente en tales circunstancias.

Estas palabras esprimen una gran verdad y siempre que existiendo condiciones favorables para la intervención, se desprecie estas para ir tras una reducción, que raras veces se logra efectuar, y aun en el mejor caso no siempre es duradera, se habria dejado el verdadero cami-

no, el que la ciencia aconseja, para tomar uno que conduciria á resultados diametralmente opuestos.

En definitiva pues, cuando la bolsa está rota, la dilatación completa, cuando el conjunto de circunstancias invita á la operación, en un caso de procidencia del cordon, el partero no debe pensar siquiera en reducir este, sino intervenir atrevida y rápidamente, con el mayor cuidado, practicando una aplicación del Forceps, ó una *Extracción completa*, segun todas las reglas del arte.

Otra seguramente será la conducta, cuando faltando todas las condiciones anteriores, se está obligado á postergar la intervención, ó practicar el *parto forzado*.
La conducta mas sábia me parece ser entonces la reducción, y de todos los instrumentos, el mejor me parece la mano.

Pero es que la reducción, no es duradera y el cordon desciende tan luego como se retira la mano. Se necesita pues una muy buena dósis de paciencia, para permanecer sosteniendo el cordon con la punta de los dedos, puesto que, como suponemos que no hay dilatación completa, la entrada de toda la mano seria imposible.

Y antes que pasaran las horas sosteniendo el cordon procidente con la punta de los dedos, me parece mas propio, á la vez que mas científico, tentar la reducción con alguno de los diversos aparatos inventados con tal objeto, dejando el empleo de la mano, para aquellos casos en que la procidencia es pequeña, en que se trata mas bien de presentaciones del cordon, cuando la dilatación está cerca de ser completa.

De los aparatos, el mas simple es el mejor. Una sonda provista de su mandrín, al que se ata el cordon por

un hilo bien densinfectado, sonda que se deja permanecer en el útero, y que de esta manera contribuye, á despertar ó aumentar las contracciones, tal me parece ser el método mas práctico y el único que se ha puesto en práctica, una vez en el servicio.

En la mayor parte de lo que llevo dicho, no me he referido á la procidencia del cordon en las presentaciones de *tronco;* estas como ya lo hemos visto, son casos de feto muertc desde la calle, y en los que se interviene dejando de lado por completo la procidencia.

Creo no obstante, que hay lugar de aplicar á estos casos, los hechos generales de que nos hemos ocupado y las deducciones prácticas á que hemos llegado.

La cifra de la mortalidad, volviendo á lo que habiamos dejado algunas lineas atrás, era pues de 3 sobre 8 en las procidencias del cordon; es decir, que en esta complicación del parto, el 37,50 °/₀ de niños mueren.

Faltaria al plan que me he propuesto, si aqui no tratara de resolver como mueren ó como han muerto, estos 3 niños en la procidencia del cordon.

El niño sufre seguramente las consecuencias de la procidencia, y estas consecuencias, han sido la muerte en 3 de nuestros 8 casos.

El mecanismo de la muerte no dede ser otro que la compresión del cordon, pues la célebre idea del enfriamiento del cordon, gracias al cual la sangre se coagularia en los vasos umbilicales, hizo ya su tiempo.

La compresión es seguramente el hecho; pero se ha preguntado despues, de que vasos, de las arterias, de la vena sola, ó de ambos órdenes de vasos.

La colocación en espiral de los vasos en el cordon, ha-

ce seguramente poco ménos que imposible la compresión de un órden de vasos, con escepción del otro.

Venas y arterias deben ser comprimidas, y en último término, la muerte del feto no debe ser debida á otro hecho, que á la asfixia.

Todas las hipótesis que se han criado para probar dicha muerte por hemorragia, por síncope, por anemia etc. etc, no parecen fundadas, mientras que es muy fácil explicarse la muerte por asfixia, admitiendo la compresión de todos los vasos.

Talvez no es desprovista de razon la idea de hacer las procidencias de cordones gruesos, ménos graves que las de los cordones delgados, puesto que los primeros, ofreciendo mayor masa que rodea los vasos, estos, se libran por mas tiempo á los fenómenos de la compresión.

Procidencia de miembros:—En el servicio se acostumbra á colocar como procidencia de miembros, la salida de los brazos en las presentaciones de tronco. Fuera de estos casos de procidencia, ya tratados al hablar de la versión y en los párrafos anteriores, la estadística del servicio registra de Enero á Septiembre, dos procidencias del miembro superior, en dos presentaciones del vértice.

Esta complicación, en uno de los casos, no fué un obstáculo para que el parto se terminara espontáneamente; en el otro, por el contrario, la compresión que sufrió el miembro procidente, dió orígen á un proceso gangrenoso del feto, que ocasionó su muerte tres dias despues.

Este niño fué extraido con el Forceps, en una embarazada que ingresó al servicio en trabajo avanzado. Fuera del Hospital la partera que la asistia, habia hecho

tracciones repetidas sobre el miembro procidente, á objeto de lograr la extracción del feto.

El brazo procidente está violáceo y lleno de flictenas.

El niño nació vivo, pero como lo he dicho, falleció al tercer dia, víctima del proceso gangrenoso, desarrollado en el miembro, que se habia prolapsado.

Nada mas de particular podria agregar á este capítulo, pues me faltan datos, siendo muy raras las procidencias de miembros tal como lo entienden los autores, en este servicio.

Eclampsia:—No hemos encontrado en las varias observaciónes de esta terrible complicación que posee la clínica, una sola historia, en que la muerte del feto parezca ser debida á esta complicación.

Por el contrario, en los cuatro casos de Eclampsia que ha habido en la Maternidad, durante el presente año, todos los niños nacieron vivos y han vivido en muy buenas condiciones.

Es cierto que algunos de los casos han sido leves, no produciéndose mas que dos ó tres accesos en dos de los casos.

Como nuestro objeto es encontrar la cifra de la Mortalidad infantil, en cada caso, é indagar el mecanismo de la muerte en todos ellos, no podemos abrir discusión, acerca de la gravedad ó benignidad de esta complicación, cuando no contamos con ninguna historia de niño muerto imputable á ella.

Feto macerado—Sífilis

A designio he dejado el estudio de los fetos macerados, para hacerla en este lugar al lado de la sífilis, tan íntimas creo que son las relaciones que hay de causa á efecto en estos casos.

Este capítulo, á diferencia del siguiente, contiene todos los recien nacidos muertos, cuya causa, como vamos á verlo, depende en la mayoria de los casos de la sífilis. En el capítulo siguiente por el contrario, todas las observaciones son referentes á niños nacidos vivos, y muertos en los dias consecutivos.

Durante el año pasado, la Maternidad ha registrado el siguiente total de niños nacidos muertos.

Las embarazadas del servicio han suministrado:

Fetos	macerados	prematuros..... ..	6
«	‹	á término..... ...	3

Las embarazadas que han ingresado al servicio en trabajo avanzado de parto, han suministrado por su parte:

Fetos	macerados	prematuros.....	6
“	“	á tèrmino.....	8

Es decir, que las embarazadas del servicio durante el año 1894, han proporcionado 9 casos de fetos macerados, y que de 85 embarazadas que ingresaron á la clínica

en trabajo durante el mismo año, nacieron 14 fetos macerados; — en todo 32 niños macerados sobre 552 partos.

En este cálculo yo comprendo como tales, los que la estadística del servicio señala como muertos por causa de la sífilis, que he comprobado ser macerados como los otros, en los boletines de la Maternidad.

No me detengo en mayores detalles sobre estos casos, cuyo estudio está bien hecho en la memoria de la clínica á que ya me he referido.

Durante el presente año ha habido un total de 13 fetos macerados, los únicos que van ha servirme para las ligeras consideraciones de este capítulo.

De los 13 casos han sido:

Fetos ántes de término	10	
" á término ó muy cerca de él....	3	

Este total se encuentra en 5 embarazadas llegadas á la clínica en trabajo y en 8 que habian entrado con anterioridad al servicio.

De los 13 casos se encuentra señalado como causa de la maceración:

Sífilis.....	9	veces
Traumatismo	2	"
Causa ignorada.....	2	"

La sífilis en estos 9 casos, no ha sido nunca bien neta en la madre, pero lo ha sido en casi la totalidad de los niños.

El aspecto exterior de estos y las lesiones que presentaban, las sifílides cutáneas, las placas sobre la mucosa del ano y de la boca, las ulceraciones sobre el borde alveolar ó los lados de la lengua, pénphigus etc, ctc, no dejaban lugar á ninguna duda.

La maceración en estos 9 casos, obedecia indiscutiblemente á la sífilis;—y aun en los dos niños macerados por causa ignorada; es decir, en los que nada indicaba la causa de la terminación, el aspecto mezquino, la piel arrugada, los miembros delgados, hubieran hecho inclinar á cualquiera al lado del mal venéreo.

Con todo, es una buena proporción encontrar bien confirmada 9 veces la sífilis, como causa de la maceración del feto en un total de 13 casos; pues esto quiere decir que el 69, casi el 70 °/₀ de los niños nacidos macerados son sifilíticos.

Esta proporción no es seguramente elevada, cuando hay autores que afirman que todo feto macerado es siempre de naturaleza sifilítica y Ruge sobre 94 niños macerados, ha encontrado 78 sifilíticos esto es 83 °/₀.

En nuestros casos encontramos la influencia del traumatismo, señalado dos veces en 13 casos. En una de las embarazadas la acción del traumatismo es evidente, puesto que bajando las escaleras de la Maternidad, sufrió un golpe violento, con contusiones de carácter grave sobre el abdómen. Sometida al reposo, dió á luz 6 dias despues, un feto macerado sufriendo aun los dolores de la peritonítis que le habia sobrevenido despues del golpe.

La mayor parte de las embarazadas cuando se les interroga á este respecto, dan como causa ordinaria y general de la muerte del niño, golpes que han recibido, ó disgustos que han experimentado durante su embarazo; muy pocas suministran antecedentes y ninguna sabe dar explicación mas ó ménos aceptable de la muerte de su chico.

Es pues imposible hacer un diagnóstico exacto, con datos que son siempre los mismos.

En los 13 casos el peso de los niños fué:

3,000 y 3,400	gramos.	2	veces
2,000 á 2.800	"	6	"
1.200 « 1900	"	5	"

La longitud del feto ha sido normal 3 veces; por debajo de la normal en el resto de los casos.

Hay gran diversidad en los diámetros cefálicos, talvez porque ha sido difícil medirlos bien, en cabezas en que el cuero cabelludo y los huesos, habian perdido sus propiedades normales.

La época de la maceración, no ha sido determinada de una manera rigurosa, sino ayudándose de los caracteres exteriores, únicos de que se podia disponer, para saber la fecha á que remontaba la muerte del feto.

Los datos que han proporcionado las embarazadas, han servido á veces para corroborar ó afirmar hipótesis ó hechos deducidos como he dicho, nada mas que del aspecto exterior de los pequeños cadáveres.

En los 13 casos que nos ocupan, todos los aspectos, todas las formas, todos los colores, que es posible encontrar en un feto que ha perdido sus propiedades normales se encontraban.

Colocado sobre la mesa despues del parto, tomaba la posición en que caía: los miembros delgados, el cuerpo flácido, pudiendo doblarse en dos.

El tórax ensanchado, aplanado como el abdómen, tomando el aspecto de vientre de batráceo. Los huesos de la cabeza destruidos y entre uno y otro puede introducirse los dedos deprimiendo la piel:—suturas rela-

jadas, huesos blandos y movíbles, vacilando los unos sobre los otros. La piel está sembrada de flictenas que contienen una serosidad clara ó sanguinolenta. La epidérmis se desprende con la mayor facilidad, y no es raro que practicando una versión ó una Extracción completa, al tirar sobre la pierna, la piel de esta se desprenda á grandes colgajos, dejando ver un dérmis hinchado edematoso, infiltrado, de color rojo, ó rojo azulado.

Otras veces, manchas azules aparecen sobre el viéntre, como indício de un proceso de descomposición, aparece el mal olor antes no existente y el nacido muerto presenta un aspecto verdaderamente repugnante, cuando se asiste á la expulsión de un objeto indefinido, sin forma determinada, de coloración verdosa y de olor infecto (putrefacción).

Tal ha sido el aspecto en alguno de los casos de que me ocupo, como se halla constatado en el libro diario, donde con toda minuciosidad se anotan en el servicio las novedades dia á dia.

Volviendo al objeto principal, la estadística, del que me habia apartado un poco y sumando el total de fetos macerados, encuentro que este total, se refiere casi esclusivamente á partos antes de término ó en otras palabras á parto prematuro.

La causa de la muerte del feto, en estos distintos casos, parece deber imputarse fundadamente al proceso sifilítico. La sífilis pues mata al feto, en el claustro materno, pero es extraña al proceso de la maceración.

La maceración es un fenómeno post-mortem, el mismo siempre sea ó no sifilítico el niño que ha de sufrir el proceso.

Bañado constantemente por el líquido amniótico, el cadáver fetal está perfectamente dispuesto para descomponerse lentamente sin producción de gases, sin olor, sin manchas verdosas como en la putrefacción, gracias al contingente que le prestan el calor y la humedad propios de cavidades cerradas, como la cavidad uterina.

La sífilis mata el feto, pero no lo macera y las pruebas que pueden invocarse para probar esta verdad son: 1°. que la maceración se produce en fetos no sifilíticos, siendo igual el proceso; 2°. que la sífilis se caracteriza por alteraciones especiales, derrames peritoneales, hipertrofia del hígado, del bazo, alteración de los pulmones, y sobre todo de los huesos, que no se encuentran en los cadáveres macerados de niños no sifilíticos (Charpentier tomo 1° pag. 1031).

Basta dirijir una mirada sobre las cifras enunciadas al principio del capítulo, para comprender la extrema frecuencia de niños macerados en el servicio.

Este elevado número contribuye á aumentar poderosamente la curva de la mortalidad del servicio, cuya responsabilidad le pertenece por completo.—Y es sensible que el número mayor de recien nacidos muertos, la cifra mas elevada, pertenezca ó sea debida á niños que no solo el partero sino hasta la misma madre, ignora cuando se han muerto.

Estos casos, como se comprende estan por encima de todo recurso, y mas interesante habria sido seguir los pasos del puerperio, que contar cadáveres en que el secreto de su muerte, el mecanismo último que precede al proceso de la maceración, nos es completamente desconocido.

Y la cifra es no obstante crecida, véase sino los números.

Sobre 552 paridas del año 1894, nacieron macerados 23 fetos en la forma siguiente:

Antes de término.....	12
A término ó muy cerca de él...	11

es decir que nace un niño macerado sobre 24 vivos.

Del presente año, hay desde Enero á Septiembre, sobre 400 paridas, 13 niños macerados, de los que:

Antes de término.....	10
A término ó muy cerca de él...	3

es decir aproximadamente, 1 niño macerado sobre 30 vivos.

Y de este total 9 son sifilíticos, cerca de un 70 °/₀.

Hay pues 1 niño nacido sifilítico y muerto sobre 44 vivos.

Estas cifras hablan por si solas y no necesitan comentario que me evito de hacer.

Muertos despues de haber nacido

Como lo indica el título, este capítulo está destinado ha mostrar la cifra de niños muertos despues de haber nacido vivos, despues de uno ó mas dias, pero dentro de los 9 que son reglamentarios, que la puérpera guarde cama en la Maternidad.

Las causas de la muerte del feto en tales casos, obedece á causas independientes y múltiples, y es esta la razon por la cual no coloco á la cabeza del capítulo, una causa que abarque todos los hechos, prefiriendo tratar por separado cada una de ellas, ó por lo ménos las de mayor importancia.

A diferencia pues de lo que anteriormente he dicho, tratando y calculando mis datos sobre fetos nacidos muertos en el momento del parto ó instantes despues, en el caso presente trataré la muerte del niño en los dias que sigue el parto y comenzaré por la causa mas frecuente á la vez que importante,

Debilidad Congénita: — Generalmente se aprecia la debilidad congénita, por el peso del recien nacido; un niño á término y sano debiendo pesar en efecto, al término del embarazo de 3,000 á 3,500 gramos.

A medida que la edad del feto se aproxima al término del embarazo, su peso irá acercandose á los 3,000 ó 3,500

gramos; cuanto mas léjos esté la edad del feto de los 9 meses, menor será el peso y mas se alejará de la media normal.

Cuando el peso de un feto oxila, entre 1.000 y 2,500 gramos, se dice que hay debilidad congénita.

Pero el peso es un elemento contingente y sugeto á mil variaciones y no puede servir en consecuencia como único medio para formular el diagnóstico de debilidad congénita. Un niño antes de término puede tener en efecto, mayor peso que uno de término nacido en malas condiciones.

Disponemos de otros medios para poder decir que hay debilidad congénita en tal ó cual niño y entre estos, los caracteres exteriores ocupan el lugar mas importante.

Un niño antes de término no escapa seguramente á la mirada sagaz de un hombre ejercitado.

He aquí como describe Guèniot que se ha ocupado mucho de la cuestion, los caracteres exteriores del feto en tales condiciones.

En estos niños dice "los órganos no han terminado su crecimiento y las funciones son incompletas; todo el cuerpo es delgado. La piel blanda y delicada, es de un rojo vivo, uniforme; su transparencia deja ver algunas veces los vasos sanguineos que la surcan. Los gritos, sin vigor, son de ordinario agudos y monótonos. La respiración es débil; poco sensible; el tórax, por asi decir inmóvil, no presenta sino muy imperfectamente esas alternativas de elevación y descenso tan manifiestos en el niño robusto. Los movimientos de los miembros son á la vez raros y sin vigor. El niño sumergido en una especie de torpeza, no tiene siquiera fuerza para mamar,

como si los músculos fuesen insuficientes para operar la succión".

Difícil nos parece agregar una palabra, á este cuadro tan magnificamente descrito—el retrato de todo un recien nacido, que despues de baños calientes, fricciones etc, apénas si grita y lanza gemidos, como el piar de los polluelos cuando nacen, y en este estado permanecen casi sin dar señales de vida, está magistralmente hecho por la mano de Guèniot.

Esto quiere decir, que el niño nacido con debilidad congénita, respira mal y digiere peor; que la circulación es lenta y la calorificación casi nula y que abandonado á si mismo, pereceria forzosamente.

Todo este conjunto de caracteres, encuentrase con regular frecuencia en la clínica y gracias á él ha podido diagnosticarse repetidas veces y conseguirse verdaderos éxitos, con ayuda de la *Incubadora* y del *gavaje*, á lo que sin duda debe ser el reducido número de muertes por debilidad congénita.

Fuera de los caracteres de que nos hemos ya ocupado, encontramos todavia en la longitud total del feto y en las parciales del mismo, asi como en las dimensiones de los diámetros cefálicos, nuevos medios para poder distinguir los fetos nacidos antes de término.

Gracias á estos medios diferentes, he reunido los casos apuntados en los boletines de la Maternidad que me sirven para el estudio que hago en este lugar, de los niños antes de término y que completaré en el capítulo siguiente.

He creido debia entrar en estos pormenores, para ser mas explícito, pues de este modo se verá cuales son los

niños que he comprendido en los datos que ocupan este capítulo.

Durante el año 1894, el movimiento estadístico publicado en la Maternidad, de 14 ñiños muertos despues de haber nacido vivos, es decir, muertos en los 9 dias siguientes al del parto, que descompone así:

Icteria grave de los recién nacidos.....	3
Falta de desarrollo.....	8
Causa ignorada.....	3

lo que equivale al 2.76 °/₀ ó sea 1 niño muerto en los dias que siguen del parto, sobre 36 que han vivido.

Tomando solo la debilidad congénita, la falta de desarrollo, encontramos un total de 8 sobre 506 nacidos, es decir que durante el año pasado han muerto por debilidad congénita el 1.58 °/₀ ó lo que es lo mismo ha muerto un niño despues del parto por 63 que han continuado viviendo.

La Ictericia grave, figura 3 veces, es decir que por esta causa ha muerto 1 niño sobre 168.

Tales son las enseñanzas que nos proporciona, el movimiento estadístico del año pasado.

Veamos ahora lo que se puede decir al mismo respecto en el presente año.

De Enero á Septiembre, han muerto en los dias siguientes al parto, 12 niños nacidos vivos de los cuales la mayor parte criados en la incubadora y alimentados por el gavaje.

La muerte en estos 12 casos ha sido:

Por debilidad congénita.....	8
Persistencia del agujero de Botal.....	1
Icteria de los recien nacidos	2
Causa ignorada (sífilis?).....	1

Cada una de estas partes será objeto de un ligero estudio. Entraré de lleno á la primera de ellas.

Los datos de los ocho casos de niños muertos por debilidad congénita, son completos como los necesitamos para nuestras deducciones y van á continuación publicados en forma de cuadro:

Número de casos	Sexo del feto	Estado al nacer	Peso del feto — *gramos*	Long. del feto — *centimet.*	Diámetro O. F. — *centimet.*	Diámetro O. M. — *centim.et.*	Diámetro B. P. — *centimet.*	Diámetro S. O, B. — *centimet.*	Fecha de la muerte	Edad presumida
1	F	vivo	2370	0.47	0.10 1/2	0.12 1/2	0.08 1/2	0.09	3er dia	8
2	M	"	1150	0.43	0.09 1/2	0.11	0.06 1/2	0.07	16a hora	7
3	M	asfixia	2300	0.41	0.09 1/2	0.11 1/2	0.08	0.08	10a dia	8
4	F	vivo	2460	0.44	0.10	0.12	0.08	0.08 1/2	6o "	8 1/2
5	F	"	2090	0.48	0.10	0.13	0.09	0.09	2o "	8
6	M	"	2500	0.47	0.10	0.12	0.08	0.08	2o "	7 1/2
7	M	"	2060	0.43	0.10	0.11	0.08 1/2	0.08	6o "	8
8	M	"	2270	0.43	0.10	0.12	0.08	0.08	8o "	8

Como se ve el número de niños muertos por debilidad congénita se eleva á 8; todos ellos han muerto en un plazo, variando de 1 á 8 dias á contar desde su nacimiento

Todos estos fetos han sido prematuros; ninguno de ellos alcanza á tener el peso, la longitud, los diámetros cefálicos, que constituye la media fisiológica.

De todos ellos, uno solo nació asfixiado, en una mujer en que la debilidad de las contracciones, retardó considerablemente el momento del parto, que tuvo lugar expontáneamente. Los demas nacieron tan bien como era posible esperarlo.

Inmediatamente de nacer, estos niños fueron envueltos en algodon, enmallotados y colocados en la incubadora Tarnier ,donde han pasado sus pocos dias de existencia. Los que no tenian fuerzas para tomar el pezon,

ó que por una razon cualquiera no podian mamar, fueron alimentados *gavándolos*. La cantidad de leche ingerida, asi como el número de comidas, no ha sido la misma siempre. Ella ha dependido del estado del niño, del peso, de su vigor ó fuerza, ó de mil circunstancias que han determinado el régimen alimenticio cada vez.

Los de mènos tiempo han sido alimentados con 8 ó 10 gramos de leche repetida cada hora ó cada dos. En ciertas circunstancias se ha dado á los niños cucharaditas de leche, que han podido tragar, en casos en que no podian tomar el pezon y que vomitaban la leche administrada por el gavaje.

Esto por lo que respecta el tratamiento empleado en los casos de que me ocupo.

8 niños muertos por debilidad congénita, sobre 400 nacidos, representan pues un 2 °/₀ de mortalidad ó en otros términos, significa que despues del parto, muere 1 niño sobre 50 que continuan viviendo.

En otras de las madres de estos 8 niños, pero sobre todo en una, habia antecedentes sifilíticos muy claros.

El niño de esta mujer nació bien, sin presentar los caracteres exteriores de la enfermedad, pero al 3er dia tuvo una hemorragia del cordon umbilical que pudo ser contenida tambien. El niño murió ese dia

No es estraño que esta causa, la sífilis, de por si debilitante, haya prestado al nacimiento de un feto antes de término su desgraciado contingente; la debilidad congénita habria asi acelerado la terminacion fatal de un niño talvez condenado á morir mas tarde.

Si comparamos la mortalidad por fetos macerados, de que ha sido objeto en el capítulo anterior, con la morta-

lidad producida por debilidad congénita del feto, encontramos los números siguientes como términos de comparación.

Fetos muertos macerados..... 13
Fetos muertos por debilidad congénita. 8

es decir que entre unos y otros, forma el 5. 25 °/°, de la cifra total de la mortalidad. Ahora bien, de este total de 21 fetos muertos, 18 han sido prematuros, desde 7 meses á $8^1/_2$, lo que quiere decir que de uno ú otro modo, los partos prematuros forman una cifra de mortalidad muy elevada y que el número de dichos partos es tambien elevado, como se verá en los datos del capítulo siguiente.

La debilidad congénita del recien nacido, por si sola, como causa de la mortalidad, no interviene con una cifra muy elevada á pesar de la frecuencia muy grande de niños en estas condiciones, y esto, justo es reconocerlo, obedece á la prolijidad y esmero con que en la Clínica son atendidos los recien nacidos.

Persistencia del agujero de Botal: — En los Boletines Clínicos de la Maternidad, he encontrado uno de la mayor importancia, y he sentido mucho que la observación esté incompleta, por mas que el caso ha sido seguido de autopsia.

Me refiero al niño que en estos datos Estadísticos figura como muerto por *persistencia del agujero de Botal*, y que mejor se hubiera dicho, por *estrechez congénita de la arteria pulmonar*.

He aquí brevemente la historia del caso.

Niño dado á luz sin accidente ninguno. — Hijo de una multípara que ingresó al servicio en trabajo avanzado de parto. — Duración de este 8 horas. — Del sexo

masculino, peso 3,500 gramos. Longitud total, 0 52, centímetros; 0. 28 centímetros del vértice al ombligo y 0,24 del ombligo á los talones. — Los diámetros de la cabeza son: O. F. 0. 12 c. m; OM. 0,13 $^1/_2$ c. m.; B. P. 0, 9 $^1/_2$ cm. S. O. B. 0. 0 9 $^1/_2$ c.m.

Inmediatamente de ser expulsado, gritó y lloró con fuerza, poniéndose completamente morado, al punto de hacer creer en un estado asfixico, que no se constató. La temperatura de la sala de partos era de 20° sobre O.

Colocado en la bañadera, cesó de gritar, y el tinte amoratado fué desapareciendo hasta quedar reducido á un tinte rozado pálido. Lavado y jabonado, secado espolvoreado y vestido, fué entregado á la madre en perfectas condiciones de vida, respirando bien, pero llamando la atención el color blanco azulado de la cara, al que no se dió importancia alguna.

Durante todo ese primer dia, el niño continuó viviendo, pero sin ser observado, pues nadie se ocupó de él con especialidad, creyéndose nada de particular tuviera respecto de los demás.

Al darse el baño de práctica por la mañana del segundo dia, gritó y lloró mucho, poniéndose de nuevo completamente violáceo como después de su expulsión. La partera lo sumergió inmediatamente en el baño donde lo tuvo por espacio de 10 minutos, hasta quedar del color normal, mas bien ligeramente azulado.

La madre dijo que al mudarle la ropa ó cada vez que lloraba con fuerza se ponia del mismo modo.

Al mediodia al darle el pecho por primera vez, haciendo esfuerzos de succión, sufrió un acceso de sofocación, poniendose morado, como asfixiado.

Mientras la partera trataba de ponerlo en un baño caliente, dió aviso al practicante de guardia. Este llegó y constató en efecto la coloración violácea intensa, notable sobre todo en la cara, los labios, la nariz, las orejas ,las mejillas, los miembros superiores, el cuello ect, ect. Ordenó el baño caliente, que se dió en su presencia y viendo disminuir la coloración intensa, aunque sin volver del todo al color natural, hízole poner en la cuna rodeado de botellas calientes.

La coloración azulada de la piel, no cesó sin embargo y continuó por espacio de varias horas, llamando la atención de las parteras, que nunca habian observado un caso semejante.

El niño dejo de existir en la tarde del 2º. dia, sin que se anotaran los síntomas á la auscultación del corazon, ni se consignaran los datos al exámen de los diversos órganos; este es el verdadero vacío en la historia del importante caso.

La auptosia practicada al siguiente dia, reveló datos muy importantes con los que se pudo rehacer toda la enfermedad y constituir todos sus síntomas.

En efecto, se encontró en primer término, una comunicación franca entre ambas aurículas, por intermedio del agujero de Botal, en el fondo de la fosita oval, abierto por completo, sin que la válvula que debe cerrarlo en los primeros dias del nacimiento, bastara á llenar su cometido .

Encontrábase el orificio de la vena cava inferior, hácia atras y abajo, acercándose al tabique interauricular y sobre el borde inferior de la abertura de este orificio, la *válvula de Eustaquio*, rudimentaria como en un adulto;

junto al tabique é inmediatamente por delante del orificio de la cava inferior, la gran vena coronaria, provista de su válvula mucho mas desarrollada que la de la cava inferior.

La comunicación de una y otra aurícula era amplia; la sangre de la una podia pasar á la otra sin obstáculo y esta mezcla debia forzosamente hacerse, dado el estado de las cosas.

Fuera de la persistencia del agujero de Botal, se encontraba una estrechez orificial del vaso pulmonar, constituida por la union de los bordes de las sigmóideas, con todas las lesiones de una endocardítis fetal manifiesta del corazon derecho—insuficiencia tricuspideana.

El canal arterial, uniendo la concavidad del cayado de la aorta á la bifurcación de la arteria pulmonar, permanecia permeable, pero de muy reducido volúmen, pues apénas permitia el pasaje de un estileto.

Las sigmóideas aórticas y la válvula mitral normales—corazon derecho lijeramente dilatado, pulmones congestionados, lo mismo que la mucosa de los bronquios;—demás órganos normales, tales son los datos que completan la historia del interesante caso, que ha haber sido seguido con prolijidad y ha haberse tomado los síntomas que ofrecia en vida, hubiera constituido, una observación preciosa, llena de sábia y provechosa enseñanza.

Esta terminación de un niño nacido vivo; y muerto en los días consecutivos al parto, por la causa que hemos señalado, es seguramente muy rara.

La persistencia del agujero de Botal, por si misma, no es un hecho aislado, pues sucede que en la mayoría de las veces, la obliteración completa no se hace y persiste

un lijero orificio oblícuo entre las dos aurículas, que la presión misma de la sangre basta ha hacer desaparecer.

Y ~~que~~ la persistencia no es un hecho raro, lo prueban las estadísticas de Wolmann y Blot, que en 800 cadáveres han encontrado dicho agujero 356 veces, es decir, el 44.50 °/₀.

Yo me he limitado á describir el caso, sin entrar á interpretar la sintomatolojía. No ha sido mi ánimo discutir las diversas teorias á cerca de la Cianosis, síntoma que da su nombre á la enfermedad caracterizada por las lesiones que hemos descrito.

No he deseado otra cosa que hacer conocer tan exactamenten como fuera posible, un caso raro de enfermedad congénita del corazon fetal.

Con todo, un hecho se desprende de nuestra incompleta historia y es que sin convertir una Maternidad en una sala de Clínica infantil, no se debe descuidar como se ha hecho en el caso que me he ocupado, el exámen físico de los recien nacidos.

Ictéria de los recien nacidos: — Durante el año pasado, la estadística del servicio registra tres niños muertos que clasifica de *Ictéria grave de los recien nacidos*.

Dada la poca frecuencia de los casos de esta naturaleza, no es difícil que los casos en cuestion no hayan sido mas que ictérias comunes, que benignas en un principio, se han agravado y ocasionado la muerte del niño despues.

Durante el presente año han muerto de Ictéria tres de los recien nacidos vivos.

Su peso, lonjitud, fecha de la muerte, edad del em-

barazo, naturaleza del parto etc, etc; se hayan indicados en el siguiente cuadro:

Número de casos	Peso del feto	Longitud del feto	Edad del embarazo	Naturaleza del parto	Duración del parto	Comienzo de la Ycteria	Fecha de la muerte
1	3170 gs.	0.48 cent.	9 meses	espontán°	7 h. 30 m.	2° dia	6ª dia
2	3400 "	0.49 "	9 "	"	8 horas	2° "	6° "
3	3850 "	0.56 "	9 "	aplicación de Forceps	88 h. 30 m.	2° "	6° "

Estos 3 casos alcanzan á formar el 25 °/₀ de la mortalidad post-partum, el resto estando constituido por los niños que mueren por debilidad congénita.

En todos estos casos se trata de niños sanos, robustos, á término, de peso superior á 3,000 gramos, dados á luz en partos normales, á escepción de uno en que la prolongación exesiva del trabajo, hizo necesario el Forceps, extrayéndose un niño asfixiado que vuelve á la vida.

En todos ellos, la icterícia comenzó al 2°. dia, por la cara, ganó el tórax y los segmentos superiores de los miembros; extendiéndose sobre todo el cuerpo, acabando por las extremidades.

Sobre la conjuntiva, la coloración amarillenta de la piel ha sido apénas marcada.

La coloración ha variado desde el amarillo paja, al amarillo con reflejos verdosos.

El pulso en dos de los casos, era lento; la temperatura por debajo de la normal.

Los casos de icterícia benigna, son muy frecuentes en el servicio; casi el 70 °/₀ de los recien nacidos, sufre la coloración amarillenta de sus tegumentos. No hay en todo esto mas que una cuestion de grado, de intensidad.

En uno de nuestros casos, la icterícia se acompañó de epíxtasis y hemorrajias del cordon, muriendo el niño el mismo dia de la manifestación de su enfermedad. La autopsia, que fué practicada, no reveló nada absolutamente de anormal:—hígado de volúmen y dimensiones normales, contenia gran cantidad de sangre; corazon y pulmones sanos, sin alteración alguna - mucho mecónium en el intestino; bazo lijeramente aumentado de volúmen, tal es, en resumen, el resultado de la autópsia.

En los niños del servicio, la ictéria benigna ataca indistintamente á todos, pero no es cierto que sean solo los que nacen con debilidad congénita, mezquinos, raquíticos etc, etc, los perseguidos por la afección.

Lo que se nota visiblemente, es que en aquellos niños dados á la luz en partos muy laboriosos, de larga duración ó que han requerido intervención, la icterícia, si llega á atacarlos es generalmente mas grave que en los otros casos, algunas veces rapidamente mortal, como en la observación señalada.

La ligadura tardía del cordon no es de práctica en la clínica, de modo que hay alejada una de las causas que Porak cita como ocasionando la ictericia en los recien nacidos.

Observaciones posteriores, sin embargo, hechas por Bauzon y dadas á conocer en una comunicación al Congreso de Roma, prueban al contrario, que la ligadura tardía, es el mejor medio de preservar los niños de dicha afección.

Con la ligadura tardía, dice este autor, 43 °/₀ en lugar de 20 °/₀, de los recien nacidos, son librados de la ictericia.

De las embarazadas que ingresan á la clínica con feto muerto

Este capítulo es un complemento indispensable de los que contiene este lijero estudio.

Puesto que ha sido mi propósito buscar con toda la exatitud posible, la cifra exata de la mortalidad de los recien nacidos en el servicio, tratando de penetrar el mecanismo de la muerte en algunos casos, ó la causa mas próxima de su producción en otros, era justo que haciendo el balance general tratara en este capítulo, el °/₀ con que contribuyen á la cifra general de mortalidad, los niños que mueren fuera del servicio.

Tal es lo que me propongo hacer en estas breves líneas, con tanta mayor razon cuanto que la mitad por lo ménos de fetos muertos, han llegado á la Maternidad en este estado, y han sido extraidos como han venido.

Por supuesto, que las embarazadas que ingresan con feto muerto, constituyen mas de la mitad de la cifra redonda de la mortalidad.

Examinemos algunos datos al respecto, del movimiento estadístico de 1894.

De 552 embarazadas que parieron durante el año pasado, 85 llegaron á la clínica en trabajo de parto, y de estas últimas, 53 en trabajo muy avanzado.

Las 85 embarazadas que ingresaron en trabajo, han dado 37 niños muertos en la siguiente forma:

Niños muertos á tèrmino	21
" " prematuros	16

La causa de la muerte en los primeros, puede descomponerse así:

Fetos macerados (de 1 á 20 dias)..... ..	6
« putrefactos.....	1
« Sifilíticos (no macerados).....	1
« Muertos por intervenciones (comprobados).	11
« « « causa ignorada	2

Los 16 fetos prematuros estaban así descompuestos:

Abortos (de 2 á 6 meses.....	19
Prematuros (de 7 á 8 1/2 meses) (debilidad congénita)	6

Compónense las cifras con lo que se llama la mortalidad del servicio y se encuentra los siguientes números muy demostrativos.

En las 467 embarazadas, atendidas con anterioridad á su parto en la clínica, no ha habido mas que 18 niños muertos cuya causa ha sido:

Aborto	3
Debilidad Congénita (prematuros).	6
Intervenciones	6
Sifilíticos (no macerados).....	2
Macerados.	1

Mientras las embarazadas que ingresaron en trabajo avanzado proporcionan 37 muertos sobre 85 enfermas, 467 embarazadas cuidadas en la clínica, solo proporcionan 18. La diferencia es muy notable para que insistamos.

En otros términos podria decirse que la mortalidad general puede dividirse así:

Mortalidad del servicio	3.26 %
" de las embarazadas que ingresan en trabajo...	6.70 %
" en los dias siguientes al parto..... .	2.76 %

Tal parece ser en términos generales, la mortalidad de la clínica, durante el año 1894.

Veamos ahora algunos datos del presente año.

Desde Enero á Septiembre de este año, han ingresado en trabajo de parto 92 mujeres, las que han proporcionado á la estadística 13 niños muertos en la siguiente forma:

Fetos muertos á término.....	7
" " antes de término.....	6

Estos 13 niños muertos fueron extraidos:

Por el Forceps.....	1 vez
Por la versión	2 veces
" " Embriotomia..	4 "
Nacieron en parto natural	6 "

y cinco de estos fetos eran macerados, algunos con caracteres muy netos de sífilis.

De modo pues, que por todo 13 embarazadas sobre 92, que han ingresado á la clínica con feto muerto.

Veamos ahora las cifras del servicio.

Sobre 400 nacidos, la Maternidad cuenta los siguientes niños muertos:

Por el Forceps.....	7
" la Versión.....	2
" Extracción completa.....	2
" Procidencia del cordon.....	3
Macerados..	8

es decir 22 niños muertos sobre un total de 400 nacidos.

Comparando los números, encontramos que las embarazadas que ingresan al servicio en trabajo avanzado de parto, forman el 3.25 °/₀ de la cifra de la mortalidad total y que las embarazadas atendidas con anterioridad en la clínica, forman el 5.5 °/₀ resultados que como se ve, difieren de los encontrados el año pasado, donde la

cifra de la mortalidad de las embarazadas ingresadas con feto muerto, era muy superior al de las embarazadas que se asistian en la Clínica.

Con todo, la proporción es alarmante y la explicación del hecho es fácil de dar, y debe darse para no imputar al servicio sino los muertos que le pertenezcan.

En la memoria varias veces citada en el curso de este trabajo, sobre el movimiento estadístico de esta Maternidad, su autor, el Señor Saturnino Salcedo, se expresa acerca de ésta cuestion en los siguientes términos:

Desde luego, dice, hablando de mortalidad infantil, para poder darnos cuenta de los resultados, es indispensable establecer en las enfermas de que son tomados los datos que constituyen esa cifra (de mortalidad), la distinción que venimos señalando desde el principio de este trabajo. Queremos referirnos á las embarazadas que llegan al servicio en trabajo avanzado de parto, y las que ingresan al mismo con anterioridad á dicho trabajo.

Las embarazadas de la primera categoria, han suministrado por si solas mas de la mitad de la cifra de la mortalidad infantil.

Esto no puede extrañar á nadie. Se trata de enfermas que no han tenido la intención de asistirse en el Hospital, y que llegan á él á ultima hora, como la fuente de recurso que les queda despues de haber agotado todos los demás, despues de dos, tres y cuatro dias de trabajo sin éxito en sus domicilios particulares, — partos largos y en los que ha habido, por médicos ó parteras, tentativas infructuosas de extración.

Aplicaciones de Forceps cuyas huellas se dejan ver no solo sobre la cabeza del feto, sino sobre las paredes va-

ginales y del cuello del útero; versiones desgraciadas, discernidas sin criterio, que encajan el feto en diámetros imposibles de franquear; niños á medio extraer, administración del cornezuelo de Centeno al principio del trabajo para acelerar el parto, etc, etc, tal es en resúmen la triste obra á que tenemos que poner fin por desgracia con demasiada frecuencia

Los resultados de todo esto son fáciles de presumir, y es lo que nosotros queremos dejar claramente establecido.

Estas juiciosas observaciones no han podido ser mas oportunas. Ya en otra parte de nuestro estudio hemos hecho notar la sangre fria con que en los conventillos' fuera de los hospitales, se acostumbra á intervenir corrientemente en los casos distóxicos, sin que muchos de los que así lo hacen mirando siquiera por su buen nombre, se den el trabajo de pensar que una intervención, puede estar por encima de sus fuerzas y de los elementos con que pueden contar para llevarla á cabo.

Yo he tenido mas de una vez ocasión de presenciar los resultados de una conducta tan precaminosa y he visto traer á la Clínica del Hospital, mujeres moribundas, con las paredes vaginales hechas pedazos, convertido todo aquello en una horrible masacre, en que ni siquiera la cabeza de un recien nacido ha escapado a la furia operatoria.

He tenido ocasión de ver luxaciones del hombro, producidas sobre brazos procidentes, porque una partera creyó que aquel miembro, debia ser para tirar, y que así se produciria el parto con toda facilidad.

Y he visto llegar al servicio, pobres embarazadas que

han sido víctimas de operaciones que jamás he visto en los libros de operaciones extraordinarias cuya vista asombra y cuyo relato aterra.

Esas embarazadas pues, que se entregan á manos inespertas, para venir despues a las Clínicas en busca de operaciones mas prolijas y mejores cuidados, forman una proporción respetable en la cifra de la Mortalidad.

Es así que durante el año pasado y el presente sobre 950 partos mas ó menos, hubo 177 que ingresaron á la Clínica en trabajo avanzado de parto; de estas como la mitad llegó pariendo, otras, parieron en la puerta del establecimiento y algunas durante el viaje en el carruaje que las conducia.

Estas 177 embarazadas, han suministrado 50 fetos nacidos muertos, cifra que como se vé es elevadísima, y solo puede explicarse por las razones que hemos dado anteriormente y sobre las que no volveremos.

Bueno seria tratar de hacer algo para evitar la repetición de hechos que tan poco favor hacen a sus autores, siquiera por dignidad profesional, y por un marcado sentimiento humanatirio.

CONCLUSIONES

No quiero terminar este trabajo, sin dar a conocer el resúmen de los datos que anteriormente nos han ocupado, exponiendolo en éste lugar en forma de conclusiones.

Así podrá verse, la mortalidad total del servicio, sin escepción alguna; la mortalidad del mismo, descotando los casos que ingresan a la Clínica con feto muerto; la cifra de la mortalidad debida á cada una de las intervenciones, todo aquello en una palabra que resuma cuanto hemos escrito al respecto, representando el número verdadero, el dato cierto, buscando con toda escrupulosidad de entre las observaciones numerosas de la Maternidad.

I. La cifra redonda de la mortalidad en el servicio, desde Enero á Septiembre, es de 47 sobre 400 recien nacidos, esto es el 11.75 %.

II. De este total, el 3.25 % corresponde á los niños nacidos muertos, ó muertos despues de nacer, cuidados y asistidos en el servicio.

III. El 8.5 % de mortalidad queda reducido al 5.5 % si se descuenta los 12 niños nacidos vivos y muertos despues del parto, en un término variado de 1 a 9 dias-

IV. El 5.5 °/₀ me parece representar la cifra exacta de la mortalidad dentro del servicio, la única que debe tenerse en cuenta para juzgar de los resultados de Ia Clínica.

V. La mortalidad en las intervenciones por el Forceps, tomando indistintamente todos los casos operados, alcanza a 7 sobre 42, es decir al 16. 27 °/₀.

VI. La mortalidad en las intervenciones por versión podálica es la mas elevada de todas y alcanza al 50 °/°

VII. La mortalidad en los casos de Estracción Completa, es igual á 2 sobre 7, lo que equivale al 28 .5 °/₀ de nacidos muertos.

VIII. En los casos de parto provocado, parto forzado y operación cesárea practicada el presente año, el resultado ha sido inmejorable: madre y niño han sido salvados.

IX. La mortalidad en las procidencias del cordon ha sido de 3 en 8 casos, esto es 37,5 °/₀.

X. En los casos de procidencia del cordon y siempre que el estado del cuello lo permite debe intervenirse rápida y atrevidamente haciendo caso omiso de la procidencia.

XI. La mortalidad en la Eclamsia y otras complicaciones ha sido nula en el servicio.

XII. Cerca de 1 niño sobre 30 nacen macerados, y la sífilis es la causa de la maceración en el 70 °/₀ de los casos aproximadamente.

XIII. En los dias que siguen al parto, muere 1 niño

sobre 33, y en estos casos, la falta de desarrollo es la causa de la muerte en el 66.66 °/₀ de las veces.

XIV. Fuera de la debilidad congénita, la ictericia de los recien nacidos figura como causa de la muerte de un reducido número de casos.

VX. De los 400 niños nacidos de Enero á Septiembre 28, es decir el 7 °/₀ han sido dados á luz ántes de término y vivos. De estos 28 niños 20 han conseguido vivir y criarse y han salido del Hospital en buenas condiciones.

ENRIQUE L. DAY

Buenos Aires. Septiembre 27 de 1895.

Proposiciones accesorias

I

El mejor sítoma de presunción del embarazo gemelar es el edema suprapubiano.

II

En las desgarraduras del periné, producidas durante el parto, debe practicarse la perineorrafiia inmediata.

III

La cianósis, en la "Enfermedad Azul", es puramente de orígen estásico.

Buenos Aires Septiembre 28 de 1895.

Sirvanse informar sobre la admisibilidad de este trabajo, los señores: Académico Dr. J. T. Pinto, Profesor titular Dr. Samuel Molina y Profesor Suplente Dr. E. Bazterrica.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
Luis Acuña.

Soñor Decano:

Esta Tesis puede imprimirse.

J. DE T. PINTO

E. BAZTERRICA.
S. MOLINA.

Buenos Aires, Octubre 2 de 1895.

En vista del informe que antecede, entreguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaria el dia en que haya de ser sostenida.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
Luis Acuña.