Año 1904 N° 1443

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSIDERACIONES
CLINICAS Y ESTADISTICAS

SOBRE

La Maternidad del "Hospital San Roque"

EN EL AÑO DE 1903

TESIS INAUGURAL

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RAFAEL ARAYA
Ex-interno de los Hospitales «San Roque» y Norte

«LAS CIENCIAS»
Librería y Casa Editora de NICOLAS MARANA
AVENIDA DE MAYO 620
BUENOS AIRES
—
1904

CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y ESTADÍSTICAS

SOBRE

LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL «SAN ROQUE» EN EL AÑO DE 1903

Año 1904 N° 1443

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSIDERACIONES
CLINICAS Y ESTADISTICAS

SOBRE

La Maternidad del "Hospital San Roque"

EN EL AÑO DE 1903

TESIS INAUGURAL

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RAFAEL ARAYA
Ex-interno de los Hospitales «San Roque» y Norte

«LAS CIENCIAS»
Libreria y Casa Editora de NICOLAS MARANA
AVENIDA DE MAYO 620
BUENOS AIRES
—
1904

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

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

Dr. D. PEDRO LAGLEYZE

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSE T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN.
» » GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI.
» EMILIO R. CONI
» » OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretarios

Dr. D. ZENON AGUILAR
Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Zoología médica	Dr.	Pedro Lacavera
Física Médica...	»	Jaime R. Costa
Química Médica.....	»	Atanasio Quiroga
Botánica Médica.	»	Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina.....	»	Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica.....	»	Rodolfo de Gainza (con licenc.)
Anatomía Descriptiva.....	»	Juan José Naon (con licencia)
» »	»	Juan D. Piñero
Patología General y Ejercicios clínicos.....	»	Roberto Wernicke
Anatomia Topográfica.....	»	Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	»	Vacante
Anatomía Patológica	»	Telémaco Susini
Bacteriología.....	»	Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	»	Julio Mendez
Materia Médica y Terapéutica.....	»	Justiniano Ledesma
Patología Externa.....	»	Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria.....	»	Adalberto Ramaugé
Clínica Ginecológica...	»	Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica.....	»	Eduardo Obejero
» Dermatológica y ifilográfica.....	»	Baldomero Sommer
» Epidemiológica	»	José Penna
» Quirúrgica.....	»	Juan B. Justo
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejia
» Médica.....	»	Luis Güemes
« »	»	Francisco Sicardi
» Oftalmológica.....	»	Pedro Lagleyze
Patología Interna...	»	Marcial V. Quiroga
Medicina legal.....	»	Francisco de Veyga (con licen.)
Clínica Quirúrgica.....	»	Antonio C. Gandolfo
» Médica.....	»	Gregorio N. Chaves
» Obstétrica.....	»	Samuel Molina
Toxicología Experimental	»	Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica.....	»	Manuel Blancas
» Médica.....	»	Abel Ayerza
» Génito-urinarias	»	Federico Texo
» Psiquiátrica.....	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Diógenes Decoud
» Obstétrica.....	»	Eliseo Cantón
Semiología y ejercicios clínicos.....	»	G. Araoz Alfaro

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica Médica	»	Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la Medicina	»	Francisco P. Lavalle
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomia Descriptiva	»	Vacante J. Lopez Figueroa (en ejercicío)
Patología General y Ejercicios Clínicos	»	Vacante
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutierrez Francisco Llobet
Fisiología General y Humana	»	Horacio G. Piñero (en ejercicio) Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badia Marcelo Viñas
Bacteriología	»	Juan C. Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene pública y privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Nicolás Repetto Leandro Valle
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Maximiliano Aberastury
Patología Externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cramwell
Patología Interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Francisco C. Barraza Teófilo A. Moret
» Médica	»	Patricio Fleming
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Vacante Enrique Corbellini
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprun
» Médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia (en ejercicio) Pedro Barbieri
Clínica Quirúrgica	»	Vacante Vacante
» Médica	»	Ignacio Allende
» Obstétrica	»	Fanor Velarde Enrique A. Pardo
Toxicología Experimental	»	J. Alba Carreras
Clínica Pediátrica		Facundo Larguia Antonio F. Piñero.
» Médica	»	Vacante
» Génito-urinaria (hombres)	»	Pedro Benedit
» Psiquiátrica	»	Benjamin T. Solari
» Quirúrgica	»	José T. Borda
» Obstétrica	»	Enrique Zárate
Semiología y ejercicios clínicos	»	Vacante

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Botánica sistem. aplicada á la Farmacia.....	Dr.	Adolfo Mugica
Química inorgánica aplicada.....	»	Miguel Puiggari
Farmacognósia vegetal y animal.....	»	Juan A. Boeri
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....	»	Pedro N. Arata
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica).....	»	J. Manuel Irizar
Higiene	»	Ricardo Schatz
Química Analítica y Toxicológica.....	»	Atanacio Quiroga
Ensayo y determinación de drogas.....	»	J. Manuel Irízar

Asignaturas		Catedráticos substitutos
Botánica sistem. aplicada á la Farmacia...		Vacante
Química inorgánica aplicada.....		Vacante
Farmacognósia vegetal y animal.....	Sr.	Juan A. Dominguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia..		Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)..		Vacante
Higiene		Vacante
Quimica Analítica y Toxicológica.....		Vacante
Ensayo y determinación de drogas.....		Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	Dr. Juan R. Fernandez
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	Dr. M. Z. O'Farrell (en ejercicio)
Parto distócico y Clinica Obstétrica.....	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiologia, Patología.....	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal.....	» Nicasio Etchepareborda

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Anatomía. Fisiología, Patología.....	Vacante
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal.	Vacante

Padrino de Tesis

Académico: Dr. ELISEO CANTÓN

A LA MEMORIA

DE MI QUERIDO PADRE Y DE MI ABUELO

PERFECTO DE VELASCO

A MI MADRE

A LOS MÍOS

AL DOCTOR

ENRIQUE ZÁRATE

Profesor sustituto de obstetricia

AMISTAD, RESPETO Y GRATITUD

Señores académicos:

Señores profesores:

Voy á ocuparme en mi tésis inaugural de estadística, tema cuya importancia en las diversas manifestaciones de la vida humana es de todos conocido.

He tratado de reunir en ella todos los datos que referentes á obstetricia he podido recoger durante mi internado en la Maternidad del Hospital San Roque.

No pretendo con ellos y menos aun con las consideraciones que de su estudio nos hemos atrevido á deducir, obtener la resolución de ningún problema; solo nos anima un deseo y es que ellos contribuyan en algo á despejar alguna de las incognitas que hoy salpican el campo de la obstetricia.

Antes de empezar mi trabajo inaugural quiero hacer públicos mi sentimientos de gratitud más

profunda á mi ilustrado maestro el Dr. Eliseo Cantón, por sus sábias lecciones y por el alto honor que me hace al acompañarme en este acto.

A los doctores Julio Méndez, Alfredo Lagarde, Eliseo Segura, Gregorio Araoz, Alfaro Manuel, Santas, Luis Alvarez, como á los médicos agregados á la sala XII, mi más profundo reconocimiento.

Y á vosotros señores profesores que habeis sabido inculcarme los conocimientos que he llegado á adquirir en mi carrera universitaria, mis sinceros votos de respeto y gratitud.

CAPÍTULO PRIMERO

PRIMERA PARTE

Patología del embarazo

Vamos á estudiar en este el primer capítulo uno de los temas más vastos é interesantes de la obstetricia, tema sobre el cual haremos breves consideraciones clínicas y estadísticas relacionados con los casos atendidos en el servicio.

Ellos se refieren á las diversas enfermedades que ya intercurrentes ó ya relacionados enteramente por su etiología con el estado gravídico, lo modifican ó pueden á su vez ser modificados por el tanto en su comienzo como en su marcha y terminación.

Nos ocuparemos en primer lugar de las enfermedades generales agudas y crónicas-escarlatina,

viruela, fiebre tifoidea; pasaremos luego á estudiar las enfermedades propias de cada aparato para terminar ocupándonos de las enfermedades propias del embarazo, eclampsia, vómitos incoercibles, etc.

Enfermedades generales febriles, Viruela, Escarlatina, Fiebre tifoidea: Seis han sido los casos observados en el servicio, de los que cuatro corresponden á escarlatina, uno á viruela y uno á fiebre tifoidea.

Los primeros en los que la duración del período de incubación no fué posible establecer por su evolución silenciosa, se produjeron en el curso del puerperio y bajo forma epidémica.

Su invasión se anunció bruscamente, la fiebre, los escalofrios, la frecuencia del pulso, la cefalalgia, la angina dolorosa que dificultaba la deglución iniciaron el cuadro.

Más tarde la aparición del exantema bucofaringeo con su coloración rojiza brillante y en que las amigdalas aparecían tumefactas y aumentadas de volumen, la erupción cutánea que se mostró desde luego en el pecho y brazos constituida por placas rojizas en que resaltaba un puntilleado de tinte algo más oscuro completaron el cuadro de la invasión.

Su desarrollo ulterior no lo pudimos seguir á pesar nuestro, pues las enfermas fueron pasadas á la casa de aislamiento.

Y es de notarse que si bien la escarlatina se encontraba en el período de erupción en que es menos contagiosa, no atacó á ninguna de las embarazadas del servicio que estuvieron en contacto directo ó indirecto con las puerperas infectadas.

Este hecho no carece de importancia clínica; las discusiones científicas á que ha dado lugar la contagiosidad de la escarlatina en el embarazo, las variadas teorías que tienden á explicar su mayor frecuencia en el curso del puerperio, tales como la de Braxton Hicks, que admite una incubación prolongada de esta afección en el curso de la preñez, nos ha hecho llamar la atención sobre él.

Y tanto más cuanto que de su observación se desprendería que esta enfermedad se contagia muy raramente en el estado gravídico á pesar de la opinión antes citada y la de Hervieux que sostiene que muchos casos pasan desapercibidos porque la primera manifestación de la escarlatina en el embarazo suele ser la provocación del parto prematuro, despues del cual la aparición de la enfermedad se realiza y permite clasificarla entre los casos producidos en el puerperio.

Viruela y embarazo (1 caso) — Su incubación pasó desapercibida y su invasión brusca como en la escarlatina, manifestóse con los síntomas que le son habituales, (raquialgia, vómitos, constipación, escalofrios y alta temperatura), que deter-

minaron el aborto cuya evolución se realizó favorablemente.

Este caso como los anteriores fué conducido á la Casa de Aislamiento donde se le atendió en su marcha ulterior.

Fiebre tifoidea y embarazo (1 caso) — Esta afección para quien el embarazo constituía según Rokitansky «una inmunidad casi absoluta» no es rara en el curso del embarazo como lo prueban las numerosas observaciones publicadas por diversos autores.

En este caso la enfermedad apareció en el 5º mes de la preñez con su cortejo de síntomas propios.

La temperatura elevada, las modificaciones de la sangre producidas por las toxinas segregadas por el bacilo de Ebhert, los trastornos respiratorios determinaron la expulsión del producto de la concepción que como se comprende no era viable todavía.

Después del aborto la enfermedad recrudeció— la temperatura se hizo más elevada, el pulso más frecuente y más débil y el estado general desmejoró rápidamente, á tal punto que la enferma falleció al 6º dia del puerperio.

Enfermedades generales: Sífilis—Esta enfermedad, cuya funesta influencia sobre el embarazo se revela bajo múltiples formas, es á su vez influenciada por el estado gravídico que uniendo la ane-

mia que le es característica á la provocada por la infección, favorece así su marcha y su desarrollo.

Por otra parte, la congestión local que determina en los órganos genitales externos por la dificultad de la circulación de retorno y el aumento de aflujo sanguíneo, los predisponen y facilitan el desarrollo de vegetaciones hipertróficas rebeldes al tratamiento, complicación que hemos podido observar en una de nuestras enfermas.

A su vez, la sífilis actúa frecuentemente sobre la preñez, atacando ya á la madre y determinando entonces los abortos y partos prematuros ya á los niños, á los cuales se trasmite con todo el conjunto de sus manifestaciones tan variadas como temibles.

Así, en nuestras enfermas se produjeron un aborto y tres partos prematuros, pero debemos hacer notar que interrogando las multiparas que están incluídas en el número de nuestras observaciones, notamos que la mayoría de sus partos anteriores habían sido prematuros ó abortos, lo que no haría sinó confirmar lo que es hoy admitido por la generalidad de los autores.

Pero veamos ahora cuál ha sido su influencia sobre el fruto del embarazo: uno de ellos murió en el momento del parto, otro falleció al día siguiente de su nacimiento, un tercero presentaba pemfijo en la palma de las manos y planta de los piés.

Los otros niños nacieron vivos y no presentaron lesiones aparentes de sífilis, lo que no es de extrañar. pues su momento de aparición suele ser variable, así en un caso que salió de la maternidad perfectamente sano (en apariencia) le apareció pemfijo sifilítico en el tercer mes de la vida, por cuyo motivo fué sometido al tratamiento específico.

Uno de ellos, cuya madre entró al servicio en trabajo y con un chancro indurado del labio acompañado de ganglios específicos del cuello y axila, pero sin haber tenido aun roseola sifilítica permaneció indemne, debido quizás á que la infección no había tenido tiempo de generalizarse antes de la realización del parto.

Las contracciones uterinas que algunos autores sostienen que son menos intensas en las sifilíticas y que por tanto el trabajo del parto alargándose determinaría el cansancio y abatimiento de las enfermas, han sido en los casos que hemos observado perfectamente regulares y suficientemente poderosas para que el parto no fuera de mayor duración que lo que es normalmente.

El edema de los labios, la induración esclerosa del cuello del útero, lesiones ambas citadas por Fournier, no han sido observados en el servicio.

Enfermedades del aparato respiratorio — Tuberculosis, (5 casos). «El embarazo retarda á menudo los progresos de la tuberculosis. No es sinó después del parto que los síntomas vuelven

con violencia y producen la muerte en poco tiempo». Tal era la opinión de Cullen, que representaba en ella la manera de pensar de casi todos los antiguos autores.

Pero más tarde numerosos trabajos se encargaron de demostrar lo erróneo de esta teoría, estableciendo por el contrario que en el mayor número de los casos el embarazo favorece la eclosión de la tuberculosis en los organismos predispuestos, acelerando su marcha y precipitando su terminación en los ya atacados por tan penosa enfermedad.

Sin embargo, las opiniones se dividen cuando se trata de establecer la época en que actúa más desfavorablemente, admitiendo los unos con Gardien, Capuron, Pidoux que la tuberculosis permanecería estacionaria en los primeros meses del embarazo, para acentuarse después y sosteniendo los otros que su influencia desfavorable se manifiesta desde el comienzo de la preñez.

Unos y otros aducen en su favor razones más ó menos poderosas sin llegar á una solución definitiva.

Ello es debido probablemente, como sostienen Ribemont Dessaignes, á que «la influencia de la tuberculosis es variable según los casos».

Por eso creemos (vistas nuestras observaciones que son poco numerosas) más aceptable la opinión de Pinard, que dice: «En la gran mayoría de los

casos, el embarazo. lejos de trabar la tísis pulmonar, acelera al contrario su marcha. Pero es necesario reconocer que algunas veces la enfermedad no es influenciada ni bien ni mal y que aún en un pequeño número de casos, los síntomas parecen manifiestamente detenidos».

Esta opinión se encuentra confirmada en nuestras cinco observaciones. de las que solo dos pudieron ser seguidas en el curso del embarazo. parto y puerperio.

En una de ellas que presentaba una infiltración tuberculosa del vértice izquierdo que alcanzaba hasta el ángulo interno del omoplato, su lesión local, el estado general, etc., se agravaron en los veinte primeros días del puerperio.

Pero bastó la cesación de la lactancia para que los sudores nocturnos. la tos, la expectoración, la nutrición general, se modificaran favorablemente y la enferma entrara en una franca mejoría en que pudo ser seguida hasta cuatro meses después de su salida del servicio.

En el otro caso que también se encontraba en el primer período de su enfermedad, si bien su lesión local era mayor, pues presentaba ambos vértices pulmonares atacados, se practicó operación cesarea por tumor pelviano.

A pesar de esto y aún cuando la enferma amamantara á su hijo sin tener en cuenta nuestras indicaciones la afección pulmonar permaneció estacionaria.

Entre las enfermas que entraron en trabajo dos presentaban lesiones tuberculosas del tercer período complicada en una de ellas de pleuresia de la misma naturaleza sobrevenida en los dos ó tres días que precedieron al parto.

La sintomatología no presentaba modificaciones dignas de notarse, solo la disnea que sobrevenía por accesos era sumamente violenta en el segundo caso.

En ambos el parto fué prematuro lo que nos indica claramente la influencia funesta de la tuberculosis sobre el estado gravido.

En el puerperio la enfermedad recrudeció precipitando la terminación que fué fatal en las dos enfermas.

El tercer y último caso entró con retención de placenta y hemorragia interna, venía del público donde acababa de tener un hijo muerto.

Presentaba en el pulmón derecho una zona de infiltración tuberculosa que comenzaba en el vértice y alcanzaba hasta dos dedos por debajo del ángulo interno del omoplato.

Esta lesión no avanzó en el curso del puerperio en que fué seguida hasta el 4°, mes después de su egreso del servicio y en que sólo presentó ligeras exacerbaciones vesperales de temperatura.

Afecciones del aparato circulatorio—Enfermedades del corazón y aorta.—Las afecciones observadas se catalogan en 4 casos de aortitis, 1 de

insuficiencia aórtica, 1 caso de insuficiencia mitral y 1 de insuficiencia y estrechez mitral.

En todos ellos, á excepción del último, la enfermedad evolucionó sin sufrir modificación alguna en el curso del embarazo, parto y puerperio.

En aquel se practicó operación cesarea por estrechez pelviana. Se utilizó el cloroformo como anestésico; terminada la intervención, el pulso (á pesar de no haber habido gran hemorragia), tornóse muy frecuente, desigual, irregular, intermitente y con falsos pasos cardíacos.

Los tonos del corazón se oían aunque muy alejados, por dicho motivo se administró cafeina, éter, aceite alcanforado, bajo la forma de inyecciones hipodérmicas, pero como este estado persistiera, se le prescribió digital bajo cuya influencia todo volvió aunque lentamente á su estado normal.

De lo que antecede podemos deducir que las afecciones más graves son las de la válvula mitral y por tanto la existencia de lesiones de este orificio, de lesiones complejas ó de lesiones avanzadas de los otros orificios deben ser consideradas como una contraindicación formal y sería para el matrimonio como para los embarazos repetidos.

En ninguno de los casos á excepción del que hemos estudiado particularmente nos fué necesario el instituir régimen ó tratamiento, pues la evolución de la enfermedad y la marcha del embarazo no nos obligaron á ello.

Enfermedades del aparato urinario—Nefritis.—(3 casos)—La anamnesis nos permitió comprobar que en ellos la nefritis había precedido al estado gravídico.

La influencia de éste sobre la primera la observamos en uno de los casos en que la enferma entró á la Maternidad con síntomas de uremia grave, síntomas que la enferma no había tenido en el comienzo de su embarazo.

Por este motivo se le administraron purgantes drasticos, se le aplicaron ventosas escarificadas, sometiéndola al mismo tiempo al régimen lacteo esclusivo, pero sin embargo los síntomas se acentuaron y el parto se produjo prematuramente.

En los otros casos la enfermedad no fué influenciada por la preñez pero éste en cambio lo fué y desfavorablemente, por cuanto en uno de ellos el parto fué prematuro y el otro sobrevino inercia uterina que obligó á practicar una aplicación de forceps.

Los niños que nacieron antes de término pesaban proporcionalmente al tiempo de vida intrauterina y al número de embarazos de las madres menos que los concebidos por mujeres sanas.

En cambio el que nació á término sobrepasaba el peso normal.

Enfermedades del sistema nervioso — Histeria. —Dos han sido los casos observados en el servicio; en uno de ellos en que se trataba de una

multipara, la enferma notó la agravación de su enfermedad por cuyo motivo decidió entrar á esta maternidad.

Sin embargo, refería claramente que en sus embarazos anteriores la influencia del embarazo sobre la histeria había sido variable, pues en dos de ellos el número y la intensidad de los ataques, su estado general mejoró visiblemente mientras en el tercero no observó modificación alguna.

En el otro caso que se refiere á una primipara la enferma no presentó modificación alguna en el curso de su afección.

El parto y puerperio se realizaron normalmente.

De lo que antecede podríamos deducir (aunque el número de los casos casi no nos autoriza á hacerlo) que la influencia del embarazo sobre la histeria es sumamente variable y que si en alguno de ellos es modificada favorablemente, en otros por el contrario, la afección se acentúa y parece sufrir un impulso que vuelve sus manifestaciones más notables.

Antes de terminar debemos hacer notar que en un caso de locura de embarazo que tendremos ocasión de estudiar más adelante, la enferma tenía algunos antecedentes de esta neurosis, lo que vendria en apoyo de la opinión de Le Rolland que dice que «en las histerias son más comunes los trastornos intelectuales del embarazo; para él la locura puerperal sería una locura histérica.»

Epilepsia y embarazo.—En el único caso que hemos observado la enfermedad que databa de 15 años atrás no había sufrido modificación alguna bajo la influencia de la preñez.

El número de los ataques, su intensidad y su duración no sufrieron variación alguna.

Haremos notar que en los casos de eclampsia que estudiaremos más adelante no encontraremos antecedentes de esta afección lo que contribuiría á demostrar que ella no constituye una causa predisponente como se le ha considerado por algunos autores.

Enfermedades propias del embarazo

AUTO-INTOXICACIONES

Eclampsia — La relación entre el número de partos y los casos de eclampsia observados en este servicio, nos dá una proporción muy elevada con relación á la obtenida en otras Maternidades.

Así en la Clínica de Partos como en la Maternidad de París la proporción alcanza á 1 por 227 casos, Gener sobre 500 partos observados en la Maternidad de Cologne obtiene la proporción de

1 por 100, Lohlein en 52.328 observaciones en las diversas clínicas alemanas han notado 325 casos de eclampia ó sea 1 por 161. En la nuestra que es sumamente reducido por referirse únicamente á los casos observados en el curso del año de 1903, la proporción alcanzada es de 1 por 70 que corresponden á 5 eclampticas sobre 350 partos.

Ellas pertenecen á enfermas entradas al servicio con accesos convulsivos, pues el análisis de orina efectuado sistemáticamente durante el embarazo y el régimen lacteo absoluto instituido rigurosamente en las enfermas atacadas de albuminuria, han desterrado casi por completo á la eclampsia en las mujeres hospitalizadas.

Tres de ellas se manifestaron en el momento del parto, 1 antes que el trabajo se iniciara y el último en el 3° día del puerperio, lo que nos permitiría establecer que la eclampsia se manifiesta con mayor frecuencia durante el tratajo que en el embarazo y puerperio.

Pero la dificultad de comprobar si ella ha precedido ó no al parto (puesto que en todas nuestras observaciones las enfermas han entrado al servicio con accesos convulsivos y signos de trabajo) nos impiden por el momento considerarlos así hasta que un mayor número de observaciones y de observaciones bien completas nos autorizen á opinar en un asunto que ha dado lugar á tantas controversias.

La existencia de albuminuria ha sido en todos ellos constante—la primiparidad (3 casos) ha primado sobre la multiparidad (2 casos) estando comprendido entre los casos de la primera una observación de embarazo triple que relataremos en el capítulo correspondiente.

El raquitismo al que Paul Dutois consideraba como causa predisponente—las presentaciones viciosas que Jacquemier decía ser muy frecuentes, la retención de orina, las neurosis, epilepsia, histeria. causas á las que se ha atribuido un rol predisponente, no han sido observadas en ninguno de los casos que hemos tenido ocasión de estudiar.

El período premonitor, los accesos convulsivos se manifestaron con sus caractéres habituales y el diagnóstico no presentó por lo tanto dificultad alguna.

La terminación favorable en tres de los casos fué fatal. en cambio los otros dos que correspondían á primiparas hecho que no encuadraría en las ideas generales que admiten que esta afección es más grave en las multiparas.

Por lo que se refiere á los niños—1 nació muerto, los seis restantes nacieron vivos y su desarrollo y el aumento de peso que pudimos seguirlo en los 12 primeros días han permitido ver que el ha disminuido visiblemente hasta el undécimo día en 5 de los 6 casos observados; teniendo este último un desarrollo normal.

Vómitos incoercibles—Un solo caso hemos tenido ocasión de observar y como nos ha parecido muy interesante hemos decidido publicar la historia clínica completa *Emilia Zelz*, 27 años sirvienta.

Entró al servicio el 10 de Octubre de 1903.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales--Fisiológicos—Ha caminado siempre bien ignorando desde cuando.

Ha reglado á los 15 años durante 8 días, siendo regulares en su duración y aparición.

Antecedentes patológicos—Sarampión, prolapsus uterino, sífilis.

Embarazos y partos anteriores—Ha tenido 5 embarazos, el 1° á término espontáneo de vértice, murió á los ocho días, ignórase la causa, el 2° á término expontáneo de vértice, crianza materna vive, el 3° á término de nalgas, murió antes del parto en que se hizo extraceión manual; el 4° aborto gemelar, de 6 meses, nacieron muertos; el 5° aborto de 5 meses, se practicó alumbramiento artificial. El padre del actnal embarazo no es el mismo que el de los anteriores.

Embarazo actual—Ignora cuando tuvo su última regla—no ha sentido movimientos activos del feto.

Edad del embarazo—Entrada al servicio á los dos meses y medio.

Accidentes y complicaciones—Próximamente un

mes después de haberle desaparecido la mestruación y al día siguiente de una inyección de calomel que se le hizo en el hospital Rivadavia, la enferma fué atacada de vómitos que en un principio le aparecían únicamente después de las comidas.

Este estado se fué agravando, los vómitos se producían en cualquier momento del día, eran ya mucosas, ya biliosos y se acompañaban de cefalalgia vertigos y dolor localizado al hipogastrio, que en un principio intermitente tornose después contíuno.

En el curso de su enfermedad, adelgázase mucho y al entrar á este servicio su rostro estaba demacrado, sus ojos hundidos y rodeados de una aureola azulada, la lengua suburrosa seca, la piel muy pálida, se descamaba por lugares.

Se encontraba en un estado de agitación extrema, con nauseas y vómitos contínuos, sed violenta, cefalea tenaz y persistente. Se ordena un enema drástico, hipodermóclisis (1000 gs.) y se administra bebida con cloral y morfina.

Se coloca á régimen lacteo absoluto, administrándosele la leche cada cuarto de hora y en pequeñas cantidades. Como su estado se modificara favorablemente, se le agrega un poco de alimención sólida que en los dos ó tres primeros días es tolerada.

Al cabo de este tiempo los vómitos vuelven

nuevamente, se hacen incesantes y tenaces por lo que la enferma pide con insistencia que se le haga abortar.

Se cambia el tratamiento, se ordena lavajes rectales de 600 gr. de solución de cloruro de sodio al 7 ‰, los que se hacen 4 veces por día, pero á su pesar los vómitos no cesan y el estado nervioso se agrava; la enferma insiste en que se le haga abortar.

Ante este nuevo fracaso se decide hacer tratamiento sujestivo, para lo cual se dá cloroformo y se simula una intervención cuyo objeto creía la enferma era de provocar el aborto.

Los vómitos se calman, pero cuando se da cuenta á los 2 ó 3 días de la simulada operación que esta no había sido real, simula nauseas y vómitos y trata de provocarlos, pero su estado mejora evidentemente, el sueño vuelve, el apetito se recobra y la enferma se tranquiliza finalmente.

Examen general—Esqueleto bien desarrollado.

Piel—Línea parda pigmentada y aureola pigmentada.

Corazón, normal Pulso frecuente (110 pulsaciones por minutos), regular, igual poco tenso.

Edemas, no hay—*Varices*, no hay—*Pulmones*, normales — *Senos*, bien desarrollados — *Vientre*, poco luminoso—*Útero*, en la línea media—*Paredes abdominales*, flacidas.

La temperatura que á su entrada era de 37°8 des-

cendió al 3° día y se mantuvo á 37° hasta el día de su salida que fué el 17 de Noviembre.

Esta enferma pasó después á uno de los Hospitales de esta capital donde quizás por un error de diagnóstico se le practicó laparatomia que no tuvo mayores consecuencias, pues el embarazo continuó y la mujer volvió nuevamente al servicio en trabajo, con bolsa íntegra donde tuvo un parto normal que fué de vértice espontáneo y á termino.

La descripción detalledo del caso nos libra de todo comentario que pecaria de redundancia.

CAPÍTULO SEGUNDO

Aborto—Parto prematuro Hidramnios etc.

Aborto--Las diversas estadísticas levantadas con el fin de establecer la frecuencia de "la expulsión del producto de la concepción antes que el feto sea viable" arriban á conclusiones muy diferentes. Esto que á primera vista parecería extraño se explica si consideramos que las unas se han obtenido de las Maternidades donde los casos de aborto acuden con relativa rareza porque produciéndose generalmente en el curso del primero ó segundo mes pasan desapercibidos á las enfermas que si se dan cuenta de ellos les conceden poca importancia aun en los casos en que el embarazo es más avanzado.

En cambio las otras han sido obtenidas de las

enfermas atcndidas en público entre las que se encuentran comprendidas gran número de aquellas que no acuden á los servicios hospitalarios y que determinan por lo tanto la diferencia que existe entre los resultados de unas y otras estadísticas.

Por las razones antes expuestas que dicen bien claro que las cifras deducidas de las enfermas atendidas no dan tan siquiera un resultado aproximado á la verdad, hemos creído razonable no establecer la de este servicio que adolecería en nuestro concnpto de los mismos vicios y de los mismos errores.

Entre las causas que hemos constatado en los casos que hemos tenido ocasión de observar vemos por una parte el traumatismo, los esfuerzos, la edad avanzada de los progenitores, por otra los antecedentes específicos, albuminuricos, la placenta previa y el aborto criminal. Sin embargo en ciertos casos no nos ha sido posible establecerla consiguiendo tan solo hacer á su respecto conjeturas más ó menos verosimiles.

Su mayor número se verificó entre los cuatro y cinco meses del embarazo (9 sobre 13 casos) presentando todos ellos los síntomas que les correspondían á la época en que se realizaron.

La duración fué variable como lo es en la generalidad de los casos, su terminación favorable en 7 casos fué seguido en 1 de retención parcial

de membranas en 3 casos de retención parcial de placenta y en otros de retención total que obligaron á practicar extracción manual en las últimas y curetaje instrumental en las primeras.

El puerperio normal en el mayor número de ellos fué complicado de infección puerperal en 5 casos de los que cuatro entraron al servicio en trabajo bolsa-rota y temperatura elevada mientras en el otro ella apareció al 2º día de puerperio.

Afortunadamente todas curaron y su estado continuó siendo satisfactorio.

Partos prematuros - El número de ellas atendidas en el servicio, asienden á 15, siendo sus causas tan variables como las que hemos encontrado en los abortos.

Así vemos en unos la muerte del feto por traumatismo (1 caso) la sífilis (3 casos) la placenta previa (1 caso) la albuminuria (5 casos) mientras en otras la causa no pudo ser establecida.

El trabajo del parto y el puerperio ha presentado los mismos caracteres que los partos á término.

El peso de los niños ha oscilado en los de 7 meses de 1300 á 1800 gramos y las placenta correspondientes de 300 á 500 gramos.

En las de 8 meses ha variado de 1800 á 2690 gramos y las placentas de 400 á 650 gramos.

Las variaciones del crecimiento de los niños no la hemos estudiado por ser muy poco numerosos los casos observados.

Hidrocefalía — Dos casos han sido atendidos en el transcurso del año. En ninguno de ellos se encuəntran antecedentes alcohólicos de consaguinidad ó edad avanzada de los progenitores; tan solo en un caso la madre refiere haber tenido 2 abortos que precedieron á su embarazo último y cuya causa ignora.

La marcha del embarazo no ha presentado modificaciones dignas de notarse; el parto en lo que á su período de dilatación se refiere tuvo una duración igual á la de los partos normales.

En ambos casos se practicó craneotomía dejando en uno de ellas terminarse el parto espontaneamente y haciendo en el otro una aplicación de forceps.

Las presentaciones eran una de vértice y la otra de cara en mento iliaca derecha posterior, presentación esta última bastante rara en los hidrocefálicos.

Uno de ellos nació vivo apesar de la craneotomia y respiró hasta 25 minutos después del nacimiento.

Como lesiones sobreagregadas observamos en un caso la espina bifida.

El peso de los niños, su longitud total, los anexos no presentaban nada de anormal.

Hidrámios.—Dos han sido los embarazos complicados de hidraminios que hemos tenido ocasión de observar.

Ambas han tenido la misma eteología, la sífilis, que apareció en una de ellas en el curso del 4° mes del embarazo y que fué sometida al tratamiento específico.

Su evolución fué lenta, su intensidad mediana como las demostraban la palpación de las paredes uterinas, todavía algo depresibles que permitían el diagnóstico de la presentación que en ambos casos era céfalica: el peloteo de los polos fetales y la auscultación que dejaban oír, aúnque alejados los latidos del corazón fetal.

La duración del parto en sus distintos períodos, el alumbramiento se realizaron normalmente naciendo uno de los niños muerto y presentando un peso inferior á lo normal.

Ninguno de ellos presentaba lesiones de la piel, ni lesiones sifilíticas clínicamente diagnósticables.

La placenta con degeneración sifilítica en uno de ellos era normal, en el otro, las membranas y el cordón no presentaban alteración alguna.

El puerperio tuvo una marcha normal y la involución uterina no presentó nada digno de notarse.

Placenta previa.—Los casos de placenta previa que acompañados de hemorragia grave, han sido atendidos en este servicio ascienden á 4 de los que 2 eran placentas laterales y las otras 2 marginales.

En una de las embarazadas (placenta previa

marginal) la hemorragia que se manifestó en el momento del parto había sido precedida por otras menos graves que sobrevinieron en el curso del 9° mes del embarazo bruscamente, sin el menor dolor y en medio de la tranquilidad más completa.

En los otros casos la hemorragia que apareció en el trabajo del parto y especialmente durante las contracciones uterinas fué inmediatamente externa, y constituída por sangre roja no cuagulada.

En todas ellas la ruptura de la bolsa de las aguas, impidiendo el desprendimiento mayor de la placenta y permitiendo el encaje rápido de la presentación, determinó la cesación de la hemorragia y facilitó la terminación del parto que se realizó artificialmente.

Uno de ellos fné prematuro (7 1/2 meses) y los tres restantes á término siguiéndose rapidamente de la expulsión expontánea de las placentas, una de las cuales presentaba focos hemorrágicos difusos y uno linear paralelo al borde placentario.

Los niños que eran de peso y desarrollo normal nacieron 3 de ellos muertos y el último en estado de asfixia azul, pero reanimose mediante la maniobra de Schultze.

El puerperio siguió su curso normalmente. De lo que antecede se desprende que: la placenta previa se encuentra en multiparas en la casi totalidad de los casos, que las hemorragias que se produ-

cen en el curso del embarazo se repiten en el momento del trabajo y que ellas ceden en la mayoría de las ocasiones á la ruptura de la bolsa de las aguas.

Que si bien ella determina á veces el parto prematuro este puede en la mayoría de ellos realizarse á término, y en fin que los niños nacen muertos en muchos casos aunque su longitud, desarrollo y peso no desmerezcan de los nacidos en condiciones normales.

Exceso de volúmen total del feto. – Como se trata de un caso muy interesante no tan sólo por lo que á su tamaño se refiere sinó por la distocia de que vino acompañada referimos su historia clínica completa.

Luisa B. de N. Italiana de 37 años de edad. Entró al servicio el 5 de Diciembre de 1903.

Antecedentes hereditarios.—El padre falleció á consecuencia de una afección cardiaca, la madre vive y es sana, no tuvo embarazo gemelar.

Aatecedentes personales.—Fisiológicas. Ha caminado siempre bien ignora desde cuando.

Regló á los 12 años durándole 3 días siendo sus reglas abundantes no dolorosas y regulares en su duración y aparición.

A. Patológicas.—Sarampión, diftéria, leucorrea simple.

Embarazos y partos anteriores.—Ha tenido 4 embarazos á término. El 1° vértice expontáneo,

nació vivo y es sano sexo masculino, crianza materna. El 2° vértice parto distócico aplicación de forceps sexo masculino nació vivo, crianza materna. El 3° vértice parto expontáneo nació viva y es sana sexo femenino, crianza materna. El 4° vértice parto expontáneo nació viva y es sana sexo femenino, crianza materna. El padre del actual embarazo es el mismo que el de los anteriores.

Embarazo actual.—Ignora en que día tuvo las últimas reglas, solo recuerda que fué el mes de Febrero, ha sentido los movimientos activos del feto en el cuarto mes del embarazo.

Edad del embarazo.—Entrada al servicio en el 9° mes del embarazo, en trabajo.

Accidentes y complicaciones. –Mareos.

Examen de las orinas.—Durante el embarazo no se tiene datos, en el momento del parto, normales.

Examen general.—*Esqueleto*.—Bien constituído sin sobrepasar gran cosa el desarrollo general.

Piel —Línea parda pigmentada, areola pigmentada.

Corazón.—Normal.– *Pulmones.*—Normales.

Edemas.—Ligero edema en los miembros inferiores.

Varices.—No hay.—*Senos.*—Bien desarrollados, colostro.

Vientre –Muy voluminoso—*Úiero* en la línea media, su fondo se encontraba á 48 centímetros del pubis.

Tensión de las paredes.—Tensas.—*Presentación*, céfalica — *Encafamiento* si hay—*Posición y variedad*, I. A.—*Pelvis* normal *Auscultación* no se oyen latidos fetales.

Observaciones.—Entrada en trabajo, bolsa rota con la cabeza del feto afuera de la vulva, el occipucio dirigido hacia á la izquierda; no hay latidos fetales.

Se había efectuado en el público fuertes y continuadas tracciones sin conseguir extraer al feto.

Notábase el hombro anterior muy arriba del pubis y en la línea media.

Reconocida la no existencia de brevedad accidental del cordón, se efectuó el tacto profundo que permitió afirmar que tampoco se trataba de brevedad natural del cordón ni de tumor fetal, comprobándose en cambio que se trataba de una distocia por enclavamiento de las espaldas.

En consecuencia, se llevó la cabeza hacia al pubis, se traccionó en el sentido del eje pelviano de manera de encajar bien los hombros; se imprimió un movimiento de rotación llevando el hombro anterior bajo la sinfisis pubiana y tirando hacia arriba adelante, se extrajeron los hombros y el parto se terminó fácilmente.

Esta distocia fué seguramente debida no solo al tamaño exagerado del diámetro biacromial sino también á que una vez expulsada la cabeza se pretendió quizás extraer muy rápidamente al feto.

La duración y la marcha del parto en sus distintos períodos no pudo ser seguido por haber entrado la enferma con la cabeza del feto ya expulsada, solo podemos establecer que su duración total fué de 30 horas, tiempo bastante largo puesto que se trataba de una multipara.

El alumbramiento se realizó normalmente.

El puerperio siguió su curso normal.

Los datos del niño son los siguientes:

Sexo masculino.—Nacido muerto.

Longitud total 58 cts.— OM—16 centímetros

Diámetro de la cabeza
- OF—12 »
- SOB—10 »
- SOF—12 1/2 »
- BP—10 »
- BT— 9 »
- SMB—12 »

Circunferencia de la cabeza 42 centímetros. Peso del niño 6 kilos 880 gramos.—*Anexos*.

Placenta oval—Peso 1100 gramos—Particularidades, ninguna—Alteraciones, ninguna—Amnios, corion y caduca, normales—Mensura de las membranas, 42 y 16 centímetros—Cordón, inserción central—Longitud 61 centímetros—Volumen 2 centímetros—Particularidades ninguna.

CAPITULO TERCERO

Embarazos y partos múltiples

Siete han sido los casos de embarazos gemelares y uno de embarazo triple observados en esta Maternidad en el curso del año 1903.

En ellos notamos en lo que se refiere á la multiparidad, á la frecuencia y á la edad de las embarazadas, que ellas se encuentran de acuerdo con las otras estadísticas si bien no sucede así en lo que atañe á la herencia que tan solo se nota en dos sobre siete casos.

En cinco de ellos el embarazo ha llegado á su término, en los otros dos los partos han sido prematuros, produciéndose uno en el 8º mes y el otro en el curso del 9º mes.

La albuminuria la observamos en tres casos, siendo la tasación de la albumina bastante elevada 12 °/₀₀, 17 °/₀₀, 20 °/₀₀, acompañada en todas ellas de cilindros hialinos y hialino granulosos.

El hidramnios se observa en un solo caso.

Las presentaciones han seguido la regla general, siendo las más frecuentes las de dos vértices (3 casos), viniendo en segunda línea las de vértice y nalga (2 casos), y por último las de nalga y vértice y dos nalgas que se han presentado en la misma proporción (1 y 1).

Cuatro de los partos han sido expontáneos y en los otros tres se han practicado tres extracciones manuales y una versión por maniobras internas.

En el sexo siguen igualmente la misma regla general, siendo cinco del mismo sexo con predominio del femenino que se observó en tres casos.

El peso, que habitualmente es inferior al peso normal no lo ha sido en los casos por nosotros observados, en los que la proporción fué en nueve de ellos de 2.500 á 3.000 gramos, si bien en dos casos no sobrepasaron 1.600 gramos, pero, ambos fetos habían nacido muertos y macerados, existiendo tan solo un caso en que el feto era inferior á la normal sin que su causa fuera conocida.

Las placentas han sido dos veces únicas, dos veces constituídas por dos placentas reunidas por la caduca pero separadas en dos cavidades dis-

tintas por dobles membranas (2 amnios y 2 corisie) y en los tres casos restantes las placentas eran completamente independientes, notándose en uno de ellos que una de las placentas era de inserción baja.

El peso ha variado en las independientes de 450 á 750 gramos y en las placentas únicas y reunidas en una sola de 750 á 1200 gramos.

La duración del período de dilatación ha occilado en los siete casos de 2 á 12 horas y la duración total del parto en los 4 expontáneos ha sido de 9 á 24 horas.

El intervalo entre el nacimiento de uno y otro feto ha sido en tres de los cuatro casos expontáneos de 10 á 30 minutos y de una hora y media en el otro.

El puerperio ha sido normal en todos ellos, no existiendo modificación alguna.

Embarazo y parto triple

Este caso, el primero observado en la Maternidad del Hospital San Roque, entró al servicio con ataques de eclampsia á consecuencia de la que falleció 8 horas después del parto que fué provocado por medio del dilatador de Bossi.

La multiparidad y la herencia, factores importantes según los autores, no se observan en este caso; en cambio se encuentran la edad (24 años) de plena actividad fisiológica y su estatura que era bastante elevada. El edema suprapubiano y el gran volúmen del vientre (47 centímetros de altura) despertaron la idea de un embarazo múltiple que se aceptó fuera gemelar, pero, como se vé, el caso no fué diagnosticado hasta el momento de la intervención en que después de extraídos los dos primeros niños se observó la existencia de un tercero.

No se oían latidos fetales en ningún punto del vientre, lo que dificultaba más el diagnóstico.

Los dos primeros se presentaban de vértice y fueron extraídos por versión, por maniobras internas y el último que se presentaba de hombro en el fondo del útero con el polo cefálico á la izquierda fué extraído en la misma forma.

Dos de ellos eran de sexo masculino, el otro de sexo femenino encontrándose así catalogados entre los de más frecuencia bajo el punto de vista del sexo.

Todos fueron extraídos en estado de asfixia aparente, pero, recobraron sus funciones respiratorias utilizándose para ello la maniobra de Schultze (que tan grandes servicios nos ha prestado en esta Maternidad) y los baños, tanto fríos como calientes etc.

El peso de los niños oxilaba entre 2250 y 2270 gramos, que como se vé es bastante elevado, dado que el parto se efectúo en el curso del 8° mes y su multiplicidad.

La placenta, cuyo peso era de 1240 gramos, semejaba una placenta única, pues en toda su superficie no se notaba línea de demarcación alguna, observándose en cambio que se encontraba dividida en tres cavidades distintas y por dobles membranas (2 amnios y 2 corión) lo que indicaba que en su principio había sido constituida por 3 óvulos insertados en la cara interna del útero á pequeña distancia, las unas de las otras y que al desarrollarse habiánse puesto en contacto primero y confundido después. La enferma á pesar de los cuidados que se le prodigaron falleció en estado comatoso.

En la autopsia se encontró: *torax*, hidropericardio miocarditis crónica, endocarditis (insuficiencia mitral), aortitis hidrotorax y edema pulmonar, Vientre ascitis, punteado hemorrágico sub-capsular del hígado que presentaba degeneraeión grasosa, glomerulo nefritis aguda y punteado hemorrágico sub capsular. Bazo normal, órganos genitales normales.

CAPÍTULO CUARTO

Distocia y operaciones obstétricas

Versión por maniobras internas.—Varias han sido las causas que han motivado esta intervención, por una parte las presentaciones de hombro cuando el trabajo estaba iniciado y la bolsa de las aguas rota, las presentaciones de cara con procidencia de brazo cuando ésta á pesar de las contracciones uterinas regulares é intensas no se encajaba y por otra parte los accidentes sobrevenidos en el momento del parto hemorragias por placenta prévia, eclampsia, ruptura uterina y sufrimiento del feto.

En la práctica de la versión hemos utilizado en el primer tiempo una maniobra que enseña en sus clases el Dr. Cantón y que por su simplicidad

facilita la toma del pie que se debe bajar, motivo por el cual he creído conveniente describirla para aquellos que quieran utilizarla y beneficiarse de ella en su práctica profesional.

Sigamos al Dr. Delacroix que la describe en su tesis inaugural.

«Para mayor claridad en la exposición de dicha maniobra. tomaremos por ejemplo una presentación de hombro derecho dorso anterior.

«Se introduce la mano derecha con las mismas precauciones anteriormente enunciadas hasta llegar á la presentación. Los dedos tocarán y reconocerán las costillas y espacios intercostales que constituyen la rejilla costal, explorarán el hueco axilar (primer punto de reparo). De este punto la mano se dirigirá á la derecha de la madre, es decir, hacia donde mira este hueco, recorrerá el costado derecho del feto y sin abandonarlo llegará á la nalga del mismo nombre (segundo punto de reparo). Continuará su camino á lo largo del múslo pierna y por fin, llegará sobre el pie derecho, el buen pie, del mismo nombre de la presentación, que lo tomará sólidamente.

«En la presentación de hombro izquierdo la mano izquierda recorrerá un camino inverso; tocará el hueco axilar izquierdo (primer reparo) recorrerá el costado izquierdo hasta llegar á la nalga (segundo reparo); continuará por el múslo, pierna y caerá sobre el pie izquierdo que es el bueno».

«En résumen en las presentaciones de hombro, dorso anterior, la mano introducida recorre sin abandonar un solo instante, todo el plano lateral inferior del feto para dar seguramente con el pie buscado».

En las presentaciones de vértice y cara la mano recorrerá con el mismo método el plano lateral anterior puesto que el pie que se tomará es de nombre contrario de la posición.

«Haciendo la maniobra Canton no se tiene incertidumbre hacia que punto se dirigirá en busca de los pies y más todavía, se estará seguro de caer sobre el bueno, evitando de recargar la memoria con tantos signos dados para reconocer cual es el pie derecho ó cual el izquierdo; también es la manera más rápida de llegar al fin que se propone».

En los otros dos tiempos se han seguido las reglas clásicas indicadas para su ejecución.

El cuadro estadístico siguiente establece detalladamente las razones por las cuales se practicó versión por maniobras internas.

Versión por maniobras internas	Presentación de hombro.....	5
	Sufrimiento del feto	7
	Despr. prematuro de la placenta.	1
	Parto triple y eclampsia.	3
	Procidencia de brazo y cordón..	1
	Placenta prévia.....	2
	Trabajo prolongado (pres. cara).	1

Aplicaciones de forceps. Estas intervenciones realizáronse por las múltiples razones que constan en el cuadro abajo trazado.

Aplicación de forceps.	Sufrimiento del feto . . .	18
	Procidencia del cordón.	1
	Eclampsia	1
	Inercia uterina	4
	Ruptura uterina.	1
	Embarazo gemelar	1
	Hidrocefalia	1
	Parto prolongado.	2

Antes de cerrar este punto debo hacer notar que en uno de los casos de aplicación de forceps por trabajo prolongado, éste último había sido causado, probablemente, por una gastro-histero-pexia que se le practicó á la enferma por prolapsus del útero.

Y digo que probablemente esa fué la causa porque se trataba de una multipara que en sus anteriores partos no había tenido destocia alguna y que por el contrario afirmaba habían terminado rápidamente.

Operaciones cesareas — Las operaciones cesareas efectuadas en el servicio ascienden á ocho: todas ellas con éxito completo tanto para la madre como para el feto.

No me detendré en ellas, pues han sido magistralmente tratadas en un trabajo que presentó mi distinguido maestro el Dr. Cantón al 2° Con-

greso Médico Latino Americano y que mereció de parte de sus miembros un merecido voto de aplauso.

Las otras intervenciones realizadas en el servicio las agrupo en el cuadro siguiente:

Craneotomías	4	casos.
Decolación	6	»
Basiotricias.....	5	»
Extracciones manuales.	9	»
Alumbramiento artificial	8	»

Rupturas uterinas

Seis son los casos de rupturas uterinas observadas en este servicio de las cuales cuatro debidas á malas maniobras y las otras dos expontaneas, de las cuales una se produjo durante el trabajo y la otra en el curso del puerperio.

Las primeras tuvieron lugar en multiparas de 30 á 40 años de edad en dos de las cuales la presentación era de vértice y en las otras dos de hombro.

En todas ellas la ruptura uterina anunciada por el dolor agudo en el vientre, vomitos, estado sincopal etc., fué consecutiva á maniobras operatorias mal efectuadas, tracciones ejercidas en el miembro procidente en los casos de presenta-

ción del hombro é introducción de la mano en los órganos genitales tanto en uno como en los otros casos y nosotros consideramos en todos ellos á la sobredistención brusca del segmento inferior producida por la introducción de la mano y el descenso de las partes fetales en los casos de tracción sobre el miembro procidente, como la causa determinante de la ruptura y la consideramos así porque si en ello hubiera intervenido el alargamento brusco de la vagina por falta de fijación del fondo del útero, se hubieran producido lesiones de las inserciones vaginales.

Por otra parte, el no haberse efectuado la versión en ninguno de los casos de presentación de hombro (antes de la ruptura) descartan su producción en los dos últimos tiempos de esta maniobra, la evolución y la extracción.

De estas cuatro rupturas, 3 fueron completas y 1 incompleta que atacó solo la mucosa y la musculosa (ruptura sub-peritoneal).

La dirección ha sido variable, en uno de los casos era longitudinal situada en el costado izquierdo del segmento inferior, 2 transversales al nivel del segmento inferior, le tercera partía del costado izquierdo del cuello del útero se dirigía verticalmente hacia arriba y al llegar al nivel del segmento inferior se volvía transversal.

En todas ellas el borde era irregular y como infiltrado de sangre, el contenido del útero, feto

y anexos, permanecieron en su interior en tres casos, en otro el feto con la placenta y membranas habían pasado á la cavidad obdominal de donde fueron extraídos en el momento de la intervención.

Rupturas expontoneas — Las rupturas expontaneas observadas fueron dos: una que se manifestó durante el trabajo, la otra en el curso del puerperio.

La primera se produjo en una primipara de 18 años de edad de conformación pelviana normal y en la que no existía ninguna otra causa de distocia ya de origen materno, ya fetal, lo que hace presumir que la contracción uterina ha sido la verdadera y única causa de la ruptura favorecida quizás aunque en débil grado por el tamaño del feto (4100 grs).

El otro caso semejante al de Brossard (citado por Tarnier y Budin) en lo que á su etiología se refiere, tuvo lugar en una multipara de 45 años de edad con embarazo gemelar.

Esta enferma que había dado á luz su primer hijo en el público, entró á este servicio con el segundo feto en presentación de hombro derecho á dorso posterior con procidencia de brazo, el cual se encontraba infiltrado, violáceo y falto de epidermis en gran parte de su extensión por cuyo motivo pensamos que se habían efectuado tracciones más ó menos violentas, lo que pudo con-

firmarse más tarde por la anamnesis. El parto se terminó por decolación.

Su puerperio normal hasta el cuarto día, se modificó bruscamente, un dolor agudo apareció en el vientre acompañado de vómitos, dolores, estado sincopal etc., falleciendo la enferma dos días después del comienzo de los accidentes.

En la autopsia se encontró una peritonitis generalizada y una perforación del útero situado en la cara posterior, segmento inferior.

La etiología no nos parece dudosa. Como causas predisponentes encontramos, por una parte, la multiparidad, la metritis crónica, por otra, la distensión exagerada del útero provocada por la gemelaridad y actuando como causa determinante la compresión del útero entre el hombro y el promontorio, compresión que dió lugar á ls producción de unn escara que se eliminó en el 4° día del puerperio.

En tres casos se hizo tratamiento médico, reposo, cafeina, opio, dermoclisis, pero sus resultados fueron fatales. En otros dos se practicó la parotomía con resultados igualmente fatales, la última producida en el curso del puerperio no fué diagnosticada constituyendo un hallazgo de autopsia.

En las dos operadas cuyo estado era desesperante en el momento de la intervención se practicó amputación supravaginal del útero con sutura del muñón dejándose un drenaje abdomino-vaginal.

CAPÍTULO QUINTO

Infección puerperal

Antes de entrar de lleno en las consideraciones estadísticas de esta afección, debemos hacer notar que si nuestra cifra de morbilidad no ha sido menor, no es porque en el servicio no se realizen los partos é intervenciones obstétricas sin la suficiente antisepsia, no; múltiples factores ajenos á nuestra voluntad contribuyen á mantenerla elevada.

Si nuestras mujeres tuvieran el hábito de consultar al médico durante el embarazo y en lugar de esperar el período expulsivo vinieran á la Maternidad en el curso de la preñez ó al comienzo del trabajo, no tendrían que lamentar las consecuencias de su ignorancia ó de su desidia.

Pero prefieren desgraciadamente atenderse en

sus viviendas donde las privaciones, la miseria y la promiscuidad en que viven, favorecen ó predisponen á la infección, prefieren repito librar en ellas en que carecen de los elementos más indispensables, donde se les practican tactos sin antisepsia previa y solo cuando inconvenientes de cualquier género alargan ó dificultan el trabajo, acuden á los servicios hospitalitarios, pero ya infectadas por múltiples tactos realizados en las condiciones más desfavorables.

Por otra parte una pequeña epidemía estalló en la Maternidad, servicio de enseñanza donde acuden numerosos estudiantes venidos quizás algunos de los hospitales de infecciosos, sirvieron á la escarlatina de medio de contagio.

Tres casos se produjeron en ella y á pesar de la rapidez y el cuidado con que se aislaron las enfermas, á pesar de la desinfección más completa, la fiebre puerperal se declaró atacando á ocho de las puerperas que se encontraban en la Sala.

Hubo necesidad de enviarlas á la Casa de Aislamiento, y desalojar rápidamente las restantes temerosos de que la infección que ya se había entronizado tomara cuerpo é hiciera aun más víctimas de las que había alcanzado.

Por estos motivos y para realizar mejor sus estudio, hemos creído conveniente dejar constancia de los casos que corresponden á las enfermas

entradas en trabajo, de aquellas que se produjeron en lrs embarazadas del servicio, y por último las que fueron víctimas de la epidemia.

Estas observaciones corresponden á casos de Endometritis, pelvi-peritonitis, peritonitis y piohemia.

Entradas en trabajo y puerperas	Retención de placenta. ..	1
	Hemorragia post-partum.	1
	Aplicación de forceps....	4
	Versión por maniob. int...	2
	Aborto	2
	Retención de membranas...	1
	Feto putrefacto.....	2
	» macerado.	1
	Parto normal	2

DE LA CASA	Aplicación de forceps	1	EPIDEMIA	De la casa..	7
	Normal.....	1		Entradas en trabajo....	1

Si tomamos en globo las cifras presentadas creeríamos que, el número de las infectadas es proporcionalmente mayor entre las embarazadas del servicio, que entre las entradas en trabajo, pero si deducimos de las primeras los casos correspondientes á la epidemia, la proporción se invierte y como es lógico sospecharlo vemos que ella es más frecuente entre las segundas

Pero en unas y otras diversas causas han intervenido favoreciendo su eclosión.

Así por una parte encontramos el debilitamiento del organismo materno que lo colocan en condiciones especiales de receptividad provocado por el

trabajo prolongado, los traumatismos obstétricos, las hemorragias, pos partum, la retención de membranas y por otra parte la ruptura prematura de la bolsa de las aguas facilitando la invasión de la cavidad uterina que ofrece á los gérmenes patógenos con excelente medio de cultivo; el líquido amniótico.

Endometritis puerperal—En casi todas las enfermas los accidentes comenzaron bruscamente, el escalofrio de duración é intensidad variables seguidos de elevación de temperatura y á veces de sudación abundante abrió la serie de accidentes que acompañan la infección.

La temperatura alcanzaba su máximum de elevación rápidamente en unos casos lenta y progresivamente en otros.

Su marcha ulterior ya de pequeños, ya de grandes ocsilaciones en las que alcanzaba algunas veces hasta 3° ó 4°, no sigue un tipo regular, siendo tan solo generalmente más elevada por las tardes que en las mañanas.

Su terminación cuando se realizó favorablemente, se manifiestó por regla general en lisis sucediendo sin embargo aunque raras ocasiones que ellas se manifestasen por una verdadera crísis.

El pulso que habitualmente seguía á la elevación de temperatura lo precedé en ocasiones (un caso) bastante escasas por cierto. Su marcha tan irregular como la de la temperatura tiene de ca-

raterístico (lo que es admitido por la generalidad de los autores) que acompaña en la mayoría de los casos, las ocsilaciones de primera pero suele suceder sin embargo que mientras la temperatura presenta elevaciones y descensos, el pulso permanece durante varios días sucesivos, con la misma frecuencia.

En otras ocasiones la temperatura desciende mientras el pulso se eleva, permitiéndonos prever que el descenso de la curva no será definitivo y que una nueva excacerbación seguirá á la caída precedente.

Así tan solo cuando el descenso de ambos se efectuó simultaneamente y de una manera durable, se pudo esperar el término de la infección.

Mientras tanto el útero cuya palpación era dolorosa, tomaba en todos los casos, una consistencia blanduzca, el cuello que generalmente se cierra en los 4 ó 5 primeros días del puerperio permaneció abierto y permitía la introducción facil de la sondâ en el interior de la cavidad uterina.

En algunos casos la pared vaginal se encontraba recubierta por lugares de membranas blanquecinas, nacaradas y adherentes que generalizándose le daban un aspecto y consistencia de cartílago.

El estado general era variable según los casos; en los unos una ligera agitación acompañada de cefalea persistente y dolores difusos que las enfermas no localizaban bien, eran sus únicas ma-

nifestaciones, en los otros un poco de apatía de indiferencia, un apagamiento intelectual, constituian el cuadro de los trastornos generales.

Pero cuando la infección no cediendo al tratamiento instituido continuaba su curso, el estado general volvíase más grave prodominando habitualmente el estado de apatía que se acentuaba aún más acompañándose de disnea (sin trastornos orgánicos cardiacos pulmonares etc.) é incontinencia de materias fecales y de orina que nos indicaban el profundo trastorno del sistema nervioso.

Su terminación si bien favorable en la casi totalidad de los casos, fué fatal en dos de ellos, uno de los cuales había entrado al servicio en trabajo bolsa-rota y con el feto en completo estado de putrefacción.

Pero en ocasiones la barrera leucocitoria que circunscribe la infección á la cavidad uterina cede y el peritoneo indemne hasta entonces es invadido dando lugar ya á inflamaciones localizadas á la cauidad pelviana ya á plegmasias generalizadas.

Pelviperitonitis — En un caso de pelviperitonitis que tuve ocasión de observar en el curso de una endometritis puerperal, la afección se estableció precedida de un escalofrío seguido de una elevación de temperatura de 1° y de un dolor localizado á los costados del útero que se encontraba completamente rodeado por un empastamiento que impedía su délimitación.

La temperatura descendió al día siguiente á 38° pero el dolor persistió aunque desminuido mientras tanto el tumor que rodeaba y mantenía fijo el cuerpo del útero se resblandecía y nueve días después de su comienzo se notaba en la fosa iliaca derecha y parte media del arco de Fallopio la existencia de una zona rojiza edematosa flutuante y dolorosa á la presión que nos anunciaba la probable apertura del flemón al exterior.

Por este motivo y antecediéndose á la naturaleza se abrió la colección purulenta que dió lugar á la salida de un líquido puriforme y fétido.

Posteriormente la infección evolucionó de una manera irregular durante 20 ó 25 días y cuando ya desesperábamos de la curación visto el grave estado de la enferma, la temperatura descendió, el pulso disminuyó de frecuencia y el estado general fué mejorando aunque lentamente.

Peritonitis generalizada — Las peritonitis generalizadas que en nuestros casos fueron precedidas por los síntomas propios de la endometritis se anunciaron por la aparición de un dolor intenso generalizado á toda la cavidad abdominal, dolor que se excacerbaba por la presión y por los movimientos de la enferma.

Más tarde sobrevinieron vómitos que en un principio alimenticios, volviéronse después biliosos y por último porraceos, el rostro se demacró rápidamente, la cara pálida, los ojos hundidos

rodeados de una aureola azul, la nariz afilada indicaban el sufrimiento profundo de la enferma.

La temperatura elevada, el pulso débil y rápido, el aumento de volumen del vientre con su timpanismo exagerado, la constipación en un principio la diarrea después que constituian este cuadro lleno de gravedad, contrastaban con la conservación perfecta de la inteligencia que se mantuvo en toda su integridad hasta momentos antes de su terminación que fué desgraciadamente fatal en ambos casos.

En la autopsia se encontró como era de esperarse, una peritonitis generalizada que en uno de ellos parecía producida por el pasaje de pus al traves de las trompas que como el útero estaban libres y dejaban fluir por su orificio, líquido puriforme de color amarillento.

CÁPITULO SEXTO

SEGUNDA PARTE

Consideraciones estadísticas

Este capítulo como su nombre lo indica encierra casi exclusivamente consideraciones estadísticas fruto que nos ha dado el examen clínico en el embarazo cuya marcha hemos seguido cuidadosamente, el estudio del parto en sus distintos períodos y la observación completa del producto de la concepción.

Seguiremos en su exposición el orden de un examen clínico de la preñez, haciendo muy lijeras consideraciones sobre los tópicos más interesantes.

Y ya que entramos en materia, debemos hacer notar que haciendo el estudio estadístico de la época en que aparece la menstruación en las mujeres de nuestro país, hemos podido constatar que su mayor frecuencia es de los 12 á los 15 años sin tener en cuenta en ellas los diversos factores que precipitan ó retardan su aparición.

Continuando con nuestro orden preestablecido observamos que la desviación del útero en el curso del embarazo ha sido en la gran mayoría hacia la derecha.

Pero debemos establecer como contribución al estudio de las causas de esta desviación que en un cierto número de casos en que el útero estaba desviado á la izquierda las mujeres eran diestras y viceversa, lo que contribuiría al rechazo de la teoría que atribuye la mayor frecuencia de la desviación del útero á la derecha al uso habitual del miembro superior del mismo lado.

Los movimientos activos del feto son percibidos por las madres generalmente en el 4° mes del embarazo (64 %), siendo observados en otros en una época más avanzada (6° y 7° mes) de la preñez. Esta percepción tardía ha sido atribuida por algunos autores á la injestión por la madre, de medicamentos que retardarían ó amortiguarían los movimientos fetales, causa que no hemos podido encontrar en los diez casos que hemos observado en el curso de 6° y 7° mes de embarazo.

La presencia de varices en los miembros inferiores es relativamente frecuente durante el embarazo, siendo por el contrario bastantes raras las que se localizan en los organos genitales externos.

La duración del parto ha sido estudiada separadamente en el período de dilatación y en el de expulsión.

El 1° se ha efectuado en el 60 % de las multiparas en un tiempo variando de 0 á 10 horas correspondiendo en cambio este 60 % en los primiparas á una duración de 10 á 20 horas.

El período de expulsión varía en las multiparas de 30 minutos á 1 hora en el 47 % de los casos y en los primiparas de 1 á 2 horas en el 42 % de los casos.

Los diámetros externos de la pelvis tomados con el compás de Baudelocque, nos dán para el diámetro bitrocanteriano la cifra de 30 centimetros en el 43 % de los casos 31 centímetros, el 20 % y 32 centímetros en el 18 %.

El diámetro biespinoso y el biiliaco miden 24 y 28 centímetros respectivamente que son las medidas también obtenidas por Auvard. En la Maternidad del Hospital Rivadavia, se les asigna 23 y 26 centímetros y en la Maternidad de Córdoba 23 y 27 centímetros respectivamente, cifras que como se ve difieren con las nuestras y debido quizás á pequeñas diferencias en la técnica utilizada.

En el diámetro Baudelocque las distancias obtenidas corresponden á las de las Maternidades antes citadas, siendo en todas ellas la medida predominante (19 centímetros), lo que vendría á oponerse á las ideas de Baudelocque que sostenía que en la mitad de los casos en que este diámetro mide 19 centímetros existe estrechez pelviana, puesto que en todas estas observaciones no han existido distocias pelvianas.

El peso de los niños varía según que correspondan á los de las multiparas ó primiparas.

En los primeros alcanza de 3000 á 4000 gramos en el 67 % de los casos y en los que corresponden á las segundas el peso predominante es de 2500 á 35000 gramos en el 76 % de los casos.

Este disminuye en la generalidad de los casos en los dos ó tres primeros días y esta disminución alcanza en general de 100 á 200 gramos, efectuándose irregularmente de tal modo que es imposible establecer un término medio racional de disminución para cada uno de los días en que ella se efectúa.

A partir de estos días (en la generalidad de los casos), los niños comienzan á aumentar de peso alcanzando como término medio obtenido de las cifras de los 10 primeros días la cantidad de 35 gramos, tanto en las multiparas como en las primiparas. Al llegar al décimo día el peso inicial ha

sido sobrepasado en el 73 % de los niños de las multiparas y en el 68 % de los niños de los primiparas en una cantidad que ocsila de 100 á 300 gramos en el mayor número de los casos.

Pero existe un cierto número de ellos 26 % en las multiparas, 31 % en las primiparas, en los que sin causa apreciable se nota que al décimo día los niños no han alcanzado el peso inicial.

Las placentas que se han observado en este servicio tanto las que pertenecen á multiparas como á primiparas estaban insertas en el 8 % de los casos á menos de 10 centímetros del orificio interno.

En todas ellas el peso predominante es de 500 á 600 gramos, su forma más común es la circular (89 %) siguiéndole en órden de frecuencia la oval (5 %).

En el 17 % de los casos de las multiparas y en el 23 % en las primiparas, se han notado alteraciones que se encuentran en el siguiente orden de frecuencia: degeneración calcárea, placenta sifilítica, placenta albuminúrica.

El cordón estaba inserto en la mayoría de los casos (68 % en las multiparas, 62 % en las primiparas) en el centro de la placenta viniendo enseguida los insertos en la región lateral. Su largo ha alcanzado como cifras predominantes en el 43 % de las multiparas y en el 53 % de las primiparas de 50 á 60 cts. encontrándose en el 2,34 %

de las primiparas y en el 4,07 % de las multiparas circulares en derredor del cuello del niño y en el 1,01 % en las multiparas y 1,98 % de las primiparas nudos en el cordón.

Su caída se ha producido en el 67 % de los casos entre el 5° y 6° día de la vida.

Cuadros estadísticos

Partos normales 294.
Multíparas 174—Primiparas 120.
Entradas en trabajo 90—En el embarazo 204.

Presentación cefálica	Vértice	278 casos
	Cara	2 id
Presentación de nalgas	Incompletas	2 casos
	Completas	7 casos.

Presentación de hombro 5 casos.

Diámetros de la pelvis

BITROCAUTERIO			BITROCAUTERIO ESPINOSO			BITROCAUTERIO ILIACO			SACO PUBIANO			PROMOMTO PUBIANO MINIMO		
DIMENSIONES centímetros	NÚMERO DE VECES EN EL TOTAL DE CASOS	TANTO POR CIENTO CORRESPONDIENTE	DIMENSIONES centímetros	NÚMERO DE VECES EN EL TOTAL DE CASOS	TANTO POR CIENTO CORRESPONDIENTE	DIMENSIONES centímetros	NÚMERO DE VECES EN EL TOTAL DE CASOS	TANTO POR CIENTO CORRESPONDIENTE	DIMENSIONES centímetros	NÚMERO DE VECES EN EL TOTAL DE CASOS	TANTO POR CIENTO CORRESPONDIENTE	DIMENSIONES centímetros	NÚMERO DE VECES EN EL TOTAL DE CASOS	TANTO POR CIENTO CORRESPONDIENTE
34	2	0 83	21	5	2.10	23	2	0.82	17	10	4.03	7,8	1	
33	5	2.04	22	13	5.78	24	1	0.41	18	37	14.90	8,2	1	
32	45	18.34	23	51	21.07	25	10	4.14	19	117	47.17	8 ½	2	
31	51	20.84	24	122	50.—	26	2	8.37	20	67	27.01	9	4	
30	118	43.10	25	34	13.63	27	63	26.13	21	13	5.20	9 ½	5	
29	19	7.75	26	12	4 95	28	111	46.05	22	3	1.20	10	30	
28	3	1.22	27	3	1.24	29	25	10.71	23	1	0.40	10 ½	32	
27	2	0.83	28	1	0.41	30	6	2.44				11 á 12	31	
			29	1	0.41	31	1	0.41						
						32	1	0.41						

Fecha de aparición de las reglas en los casos observados en esta maternidad sin distinción de nacionalidad

	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	20 años	21 años	22 años
	8 casos	20 casos	73 casos	93 casos	164 casos	87 casos	30 casos	17 casos	17 casos	9 casos	3 casos	— casos	1 casos
	1.07 %	4.32 %	15.64 %	21.29 %	22.29 %	18.83 %	6.42 %	3.67 %	3.67 %	1.50 %	0.64 %	— —	0.21 %
Argentinas	4	12	37	65	57	44	7	3	2	1	—	—	—

Multíparas			Primíparas		
DURACIÓN DEL PERÍODO DE DILATACIÓN					
de 0 á 2 horas	6 casos	4.22 %	de 0 á 10 horas	44 casos	39.63 %
de 2 á 6 »	48 »	33.80 »	de 10 á 20 »	46 »	41.40 »
de 6 á 10 »	29 »	20.42 »	de 20 á 30 »	10 »	9.00 »
de 10 á 20 »	49 »	34.51 »	de 30 á 35 »	7 »	6.30 »
de 20 en adelante	10 »	7.04 »	de 35 en adelante	4 »	3.06 »
DURACIÓN DEL PERÍODO DE EXPULSIÓN					
de 0 á 30′	58 casos	37.11 %	de 0 á 30′	13 casos	11.50 %
de 30′ á 1 hora	74 »	47.44 »	de 30′ á 1 hora	33 »	29.20 »
de 1 á 2 »	18 »	11.54 »	de 1 á 2 »	48 »	42.46 »
de 2 á 3 »	6 »	3.86 »	de 2 á 3 »	15 »	13.26 »
			de 3 en adelante	4 »	3.56 »
DURACIÓN TOTAL DEL PARTO					
de 0 á 2 horas	3 casos	2.04 %	de 0 á 10 horas	40 casos	35.08 %
de 2 á 6 »	37 »	25.17 »	de 10 á 20 »	49 »	42.98 »
de 6 á 10 »	40 »	27.21 »	de 20 á 30 »	10 »	8.77 »
de 10 á 20 »	55 »	37.41 »	de 30 á 35 »	11 »	9.64 »
de 20 á 40 »	12 »	8.16 »	de 35 en adelante	4 »	3.50 »

Multíparas **Primíparas**

ESTADÍSTICA DE LAS PLACENTAS

PESO	NÚMERO DE CASOS	TANTO % correspondiente	PESO	NÚMERO DE CASOS	TANTO % correspondiente
300 á 400 gramos	6	4.—%	300 á 400 gramos	6	5.92%
400 á 500 »	39	26.— »	400 á 500 »	13	30.09 »
500 á 600 »	51	34.— »	500 á 600 »	45	43.68 »
600 á 700 »	33	22.— »	600 á 700 »	13	12 62 »
700 á 800 »	18	12.— »	700 á 800 »	8	7.76 »
800 á 900 »	3	2.— »	—	—	—
FORMA			FORMA		
Circular.....	145	89.50 »	Circular.....	105	87.50 »
Oval.....	9	5.55 »	Oval.....	12	10.— »
Cordiforme.....	2	1.69 »	Cordiforme.....	1	0.83 »
Irregular.....	5	3.08 »	Irregular.....	1	0.83 »
—	1	0.61 »	—	1	0.83 »

ALTERACIONES DE LA PLACENTA

Nodulos fibrinosos.	5 casos	3 33 %	Nodulos fibrinosos.	5 casos	4.85 %
Deg'ración calcarea	11 »	7.03 »	Deg'ración calcarea	7 »	6.79 »
Nodulos grasosos..	1 »	0.66 »	Nodulos grasosos..	1 »	0.97 »
Placenta sifilítica..	9 »	6.— »	Placenta sifilítica..	1 »	10.67 »
Normales.....	125 »	83.33 »	Normales.....	79 »	76.69 »

Multíparas			Primíparas		
INSERCIÓN DE LA PLACENTA	NÚMERO DE CASOS	TANTO %	INSERCIÓN DE LA PLACENTA	NÚMERO DE CASOS	TANTO %
De 1 á 10 ctm. del orificio interno..	11	8.33	De 1 á 10 ctm. del orificio interno..	8	7.92
Id. de 10 á 20 ctm.	117	88 63	Id. de 10 á 20 ctm.	88	87.12
Id. de 20 á 25 ctm.	4	3.33	Id. de 20 á 25 ctm.	5	5 94
CORDON.			CORDON		
Inserción central	41	26.62	Inserción central..	45	36.34
» lateral ..	105	68.41	» lateral ..	75	62.85
» marginal	8	5.18	» marginal	2	1.63
LONGITUD DEL CORDON			LONGITUD DEL CORDON		
de 30 á 40 ctm....	2	1.33	de 30 á 40 ctm....	5	3.18
de 40 á 50 »	25	16 66	de 40 á 50 »	22	14.01
de 50 á 60 »	65	43.33	de 50 á 60 »	84	53.50
de 60 á 70 »	27	18.60	de 60 á 70 »	27	1.71
de 70 á 80 »	21	14.—	de 70 á 80 »	10	6.11
de 80 á 90 » .. .	9	6.—	de 70 á 90 »	4	2.55
de 90 á 1 metro ..	1	0.66	de 90 á 1 metro...	5	3.18
PARTICULARIDADES			PARTICULARIDADES		
Circulares al cuello	8	4.07	Circulares al cuello	3	2.36
Nudos en el cordón	2	1.01	Nudos en el cordón	2	1.98
Normales.	154	94.02	Normales.	122	96.60

APARICION DE LOS MOVIMIENTOS ACTIVOS EN LAS MULTIPARAS Y PRIMIPARAS			CAIDA DEL CORDON EN LAS MULTIPARAS Y PRIMIPARAS		
á los 3 y 3 ½ meses	25 casos	12.31 %	al 3er día.....	2 casos	1.40 %
á los 4 »	130 »	64.03 »	al 4° »	7 »	5.63 »
á los 5 »	38 »	18.71 »	al 5° »	56 »	39 43 »
á los 6 »	9 »	4.43 »	al 6° »	41 »	28.87 »
á los 7 »	1 »	0.49 »	al 7° »	16 »	11.26 »
			al 8° »	12 »	8.47 »
			al 9° »	8 »	5.63 »

DESVIACIÓN DEL ÚTERO EN EL EMBARAZO	NÚMERO DE CASOS	TANTO %	VARICES EN EL EMBARAZO	NÚMERO DE CASOS	TANTO %
á la derecha.....	222 casos		Vulvo vaginales.	8 casos	3.30 %
á la izquierda.....	12 »		En los miembros		
en la línea media....	65 »		inferiores.....	82 »	26.— »
en anteflexión.....	» 1		Normales.....	214 »	70.39 »

PESO DE LOS NIÑOS Y SUS MODIFICACIONES EN LOS DIEZ PRIMEROS DIAS

Multíparas

PESO INICIAL DE LOS NIÑOS		
PESO	NÚMERO DE CASOS	TANTO %
de 2 á 2500 gramos	5	2.99 %
de 2500 á 3000 »	36	21.55 »
de 3 á 3500 »	61	36 16 »
de 3500 á 4000 »	52	31.13 »
de 4000 á 4500 »	7	4.10 »
de 4500 á 5000 »	5	2.99 »
de 6500 á 7000 »	1	0.59 »

Primíparas

PESO INICIAL DE LOS NIÑOS		
PESO	NÚMERO DE CASOS	TANTO %
de 2 á 2500 gramos	13	11.11 %
de 2500 á 3000 »	32	27.35 »
de 3000 á 3500 »	58	49.63 »
de 3500 á 4000 »	13	11.11 »
de 4000 á 4500 »	0	—
de 4500 á 5000 »	1	0.85 »
— —	—	—

DISMINUCIÓN DEL PESO DE LOS NIÑOS DE LAS MULTIPARAS

CON RELACIÓN AL TIEMPO Y CANTIDAD DISMINUIDA

1er día	29 casos	16 90 %	de 10 á 50 gramos	1 caso	3.44 %
			de 50 á 100 »	10 »	34.48 »
			de 100 á 200 »	17 »	58.60 »
			de 200 á 300 »	1 »	3.44 »
2o día	87 casos	51.16 »	de 10 á 50 »	1 »	1.14 »
			de 50 á 100 »	21 »	24.13 »
			de 100 á 200 »	48 »	54.02 »
			de 200 á 300 »	15 »	17.24 »
			de 300 á 400 »	2 »	2.29 »
3o día	47 casos	27.32 »	de 50 á 100 »	3 »	6.39 »
			de 100 á 200 »	15 »	31.48 »
			de 200 á 300 »	21 »	44.68 »
			de 300 á 400 »	8 »	17.01 »
4o día	7 casos	4.07 »	de 50 á 100 »	—	—
			de 100 á 200 »	4 »	57.14 »
			de 200 á 300 »	3 »	42.86 »
5o día	1 caso	0.58 »	de 500 á 600 »	1 »	—
6o día	1 caso	0.58 »	de 500 á 600 »	1 »	—

DISMINUCIÓN DE PESO EN LOS NIÑOS DE LAS PRIMÍPARAS

CON RELACIÓN AL TIEMPO Y CANTIDADES DISMINUIDAS

1er día	16 casos	13.91 %	de 10 á 50 gramos	3 casos	20.— %
			de 50 á 100 »	5 »	33.33 »
			de 100 á 200 »	7 »	40.76 »
			de 200 á 300 »	—	—
2º día	56 casos	48.79 »	de 10 á 50 »	2 »	3.56 »
			de 50 á 100 »	9 »	16.07 »
			de 100 á 200 »	30 »	53.57 »
			de 200 á 300 »	14 »	25.— »
			de 300 á 400 »	1 »	1.78 »
3º día	32 casos	27.82 »	de 50 á 100 »	1 »	3.12 »
			de 100 á 200 »	19 »	59.37 »
			de 200 á 300 »	10 »	31.24 »
			de 300 á 400 »	2 »	6.24 »
4º día	9 casos	7.82 »	de 50 á 100 »	1 »	11 11 »
			de 100 á 200 »	2 »	22.22 »
			de 200 á 300 »	2 »	22.22 »
			de 300 á 400 »	3 »	33.33 »
			de 400 á 500 »	1 »	11.11 »
5º día	1 caso	0.86 »	de 300 á 400 »	1 »	—
6º día	1 caso	0.86 »	de 300 á 400 »	1 »	—

TÉRMINO MEDIO DE AUMENTO DIARIO
TOMADOS DE LOS DIEZ PRIMEROS DIAS

Multíparas
En 170 casos — 35 gramos

Primíparas
En 120 casos — 35 gramos

RELACIONES ENTRE EL PESO INICIAL Y EL PESO CORRESPONDIENTE AL 10º DÍA EN LAS MULTÍPARAS

Aumento en 117 casos.		73 12 %	de 0 á 50 gramos	14 casos	11.96 %
			de 50 á 100 »	14 »	11.96 »
			de 100 á 200 »	37 »	31.62 »
			de 200 á 300 »	30 »	26.49 »
			de 300 á 400 »	18 »	15.39 »
			de 400 á 500 »	1 »	00.08 »
			de 500 á 600 »	1 »	00.08 »
			de 600 á 700 »	2 »	00.16 »
Disminución en 43 casos		26 87 »	de 0 á 50 »	6 »	13 95 »
			de 50 á 100 »	7 »	16.27 »
			de 100 á 200 »	17 »	39.53 »
			de 200 á 300 »	6 »	13.95 »
			de 300 á 400 »	3 »	06.96 »
			de 400 á 500 »	1 »	02.32 »
			de 500 á 600 »	1 »	02 32 »
			de 600 á 700 »	2 »	04.65 »
Sin modificaciones.	3 casos	1 08 »	....	.....	.....

Relaciones entre el peso inicial y el peso correspondiente al 10° día en los niños de las primiparas

AUMENTO en 74 casos	68.51%	de 0 á 50 gramos	8 casos	16.81 %
		de 20 á 100 »	13 »	17.56 »
		de 100 á 200 »	20 »	27.02 »
		de 200 á 300 »	19 »	25.67 »
		de 300 á 400 »	10 »	13.51 »
		de 400 á 500 »	3 »	4.05 »
		de 500 á 600 »	1 »	1.35 »
DISMINUCIÓN en 34 casos	21.47%	de 0 á 50 »	11 »	32.35 »
		de 50 á 100 »	7 »	20.58 »
		de 100 á 200 »	8 »	23 52 »
		de 200 á 300 »	5 »	14.70 »
		de 300 á 400 »	2 »	5.88 »
		de 400 á 500 »	1 »	3.35 »

RAFAEL ARAYA.

Buenos Aires, Junio 11 de 1904.

Nómbrase al Académico Dr. Jacob de Tezanos Pinto, al Profesor Titular Dr. Samuel Molina y al Profesor Suplente Dr. Enrique Zárate, para que constituídos en Comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. IV de la ordenanza vigente sobre exámenes.

UBALLES.

Zenón Aguilar.

Buenos Aires. Junio 20 de 1904.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Rafael Araya.

En el local de la Facultad á 25 de Junio de 1904, reunida la comisión revisora que suscribe encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis del ex-alumno Rafael Araya que versa sobre «Consideraciones clásicas y estadísticas sobre la Maternidad del Hospital San Roque en el año 1903.—Con lo que terminó el acto. Firmado: J. de T. Pinto, Molina, Zárate, C. Roberts. Secretario.

Buenos Aires, Junio 25 de 1904.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

Uballes.
Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

La sinfisiotomia es superior á la operación cesarea en la estrechez de 8 á 9 1/2 centímetros?

Cuál es el mejor tratamiento en los vómitos incoercibles?

Indicaciones del forceps y de la versión.

BIBLIOGRAFÍA

Ribemont Dessagnes—Traité de accouchements.

Paul Bar—Pathologie obstetricale.

Tarnier Pinard—Traité de accouchements.

O. Schaeffer—J. Potocki—Atlas—Manuel d'Obstetrique.

E. Cantón—Operación cesarea conservadora y radiopelvimetria.

Auvard—Traité de accouchements.

Salcedo Saturnino—Tesis (1896)—Contribución al estudio de las conformaciones pelvianas.

Villaroel Luis Tesis (1903)—Examen médico en obstetricia.

Delacroix Diego—Tesis (1902)—Versión por maniobras internas.