

ARS MEDICA

AGOSTO 1951

AÑO VII — NÚM. 72

TRABAJOS DE LA CLÍNICA MATERNAL DE SANTA MADRONA

COMENTARIO ESTADÍSTICO DE LA OBRA MATERNAL DEL INSTITUTO DE LA MUJER QUE TRABAJA

(Trienio 1927-29)

por

S. DEXEUS FONT

Co-Director Médico

MIGUEL SALARICH

Médico Ayudante

M. PARÉ FERRÁN

Médico Asistente

de la Obra Maternal

Muévenos a la publicación del presente trabajo, el dar a conocer el desarrollo y creciente aumento de la actividad clínica de la Obra Maternal llevada a cabo durante el trienio 1927-1929, en el que a pesar de tratarse de una Institución Mutualista, ésta, a causa de este carácter es refractaria a ciertas liberalidades que la disciplina científica requiere. Esta ha podido, de todas maneras implantarse de una manera progresiva y ascensional, como norma primordialmente motora de actividad, gracias a la munificencia y comprensión de los directivos, así como al celo, pericia y diligencia del personal auxiliar. Esta disciplina científica en la labor realizada adquiere ya en los últimos dieciocho meses una verdadera norma de conducta entre todo el personal de la Obra, por cuyo motivo la publicación de los datos estadísticos del año 1930 y 31 serán objeto de estudio aparte, sin perjuicio de que figuren a su vez en una obra de conjunto desde que la Obra adquirió personalidad propia, hasta el momento actual (trabajo que tenemos en preparación).

Expondremos en el decurso de la presente publicación y en forma de cuadro sinópticos, las diferentes anormalidades observadas en el embarazo, parto y puerperio, los tratamientos empleados y un estudio de la mortalidad maternal y fetal, haciendo a su vez una reseña acerca de la morbilidad observada en el recién nacido; al final de cada cuadro haremos un estudio crítico global de los casos que mencionaremos y de alguno en particular que consideramos digno de atención especial.

En conjunto, durante los años de 1927 a 1929 contamos con un contingente de 1640 asistencias entre partos, abortos y algún caso ginecológico, distribuidos en la siguiente forma:

Cuadro I

	Partos		Abortos		Casos ginecológicos		Total
	N.º	Por %	N.º	Por %	N.º	Por %	
Año 1927	408	92·7	31	7·2	1	0·2	440
Año 1928	552	95	25	4·3	4	0·6	581
Año 1929	596	96·2	20	3·2	3	0·4	619
Total . .	1556	94·8	76	4·6	8	0·4	1640

Cuadro II

	Partos				Abortos			
	Espontáneos		Intervenidos		Espontáneos		Intervenidos	
	N.º	Por %	N.º	Por %	N.º	Por %	N.º	Por %
Año 1927	374	91·6	34	8·3	22	70·9	9	29·05
Año 1928	485	89·1	69	10·8	20	80	5	22
Año 1929	527	88·5	69	11	16	80	4	20
Total . .	1584	88·9	172	17·4	58	76·4	18	23·6

Una ojeada aunque superficial al cuadro I, confirma la marcha siempre ascendente de la Obra desde su inauguración en el año 1921. Plácenos constatar aquí la satisfacción producida por la aceptación creciente de las afiliadas a nuestra labor sanitaria (en nuestro primer trabajo estadístico ya quedaba elaradamente definida la libertad en que se encuentra la afiliada de aceptar o re-

chazar nuestra asistencia. La percepción del subsidio maternal es completamente independiente del tipo de asistencia, ya sea ésta privada ya sea ésta por el personal de la Obra.)

Inversamente, el número de abortos ha decrecido. La causa primordial estriba en las limitaciones puestas a

hacen pensar en la disminución también en los casos operatorios.

La operatoria en el curso del parto ha aumentado del 8 por 100 al 11 por 100. Dejamos para más adelante el comentario pertinente al tratar de la terapéutica obstétrica.

Cuadro III

	1927	1928	1929	Total
Cardiopatías	7	4	4	15
Tuberculosis	5	7	6	18
Lúes	15	29	11	55
Nefritis	2		1	3
Epilepsia		2	1	3
Varices	6	9	12	27
Bocio	1	4	1	6
Albuminurias	12	17	24	53
Acidosis	3	1	6	10
Toxemia		1	1	2
Eclampsia		2		2
Vómitos incoercibles.			1	1
Apoplejía útero-placentaria		1		1
Glucosuria		2	1	3
Urticaria	1			1
Hidramnios	2	5		7
Oligoamnios		1		1
Enfermedades agudas durante embarazo	3	4	2	9
Enfermedades nerviosas en embarazo.	1	3	2	6
Pielitis		1	3	4
Litiasis renal			1	1
Colecistitis		1	1	2
Angiocolitis			1	1
Disendocrínias			1	1
Metrorragias de embarazo	6	8	13	27
Hematuria			1	1

la asistencia de los mismos, teniendo solamente derecho a ser atendidas aquellas enfermas que previamente han pasado por el dispensario de la Obra. Como sea que la interrupción de la gestación preséntase muchas veces en época muy temprana de la misma, cuando la enferma no ha acudido todavía a la consulta obstétrica, explícate así automáticamente la eliminación obligada en nuestras cifras de un número muy respetable de abortos.

Cabe constatar en cambio que el número de abortos intervenidos ha disminuído proporcionalmente del 29 por 100 en el año 1927 al 20 por 100 en el año 1929. Inútil pensar en una menor tendencia a la intervención; nuestra tendencia operatoria no ha variado, incluso es cada vez más franca en los casos retentivos no sépticos.

Debemos apuntar la posibilidad de la sospecha de que algunos de los abortos concernientes a los primeros tiempos de este trienio no fueran realmente debidos a interrupciones espontáneas de la gestación, obligando así, por tanto, a mayor número de manipulaciones operatorias. Las restricciones impuestas para la asistencia en los últimos meses de aquel período de tiempo nos

Patología del embarazo

(Véase Cuadro III)

Toxemias gravídicas.—Albuminuria.—Eclampsia.—Apoplejía útero-placentaria.—No figuran, naturalmente, incluídas en esta estadística aquellas enfermas con indicios de albúmina en la orina, que existen el 90 por 100 de los casos en el último trimestre del embarazo, y que no tienen significación patológica ninguna. Los 53 casos se refieren a enfermas con cantidades dosificables de albúmina en la orina, casi siempre estudiadas más ampliamente (análisis completo de orina, tensión arterial, etc.).

Obsérvase a simple vista una proporción irrisoria del porcentaje de eclampsias. Ello se explica por los resultados que forzosamente deben obtenerse con la sistemática vigilancia que nuestro personal colaborador ejerce sobre la orina de las gestantes. Debemos admitir también la posibilidad de que la familia ante la desagradable sorpresa de la aparición de unos ataques convulsivos reclamasen una asistencia otra que la nuestra. Damos a continuación los resúmenes de las dos historias clínicas.

Año 1928. — Obs. 311 = A. A. I grávida, de 23 años. Antecedentes sin particularidad alguna. Escasos vómitos los tres primeros meses. El 21-5-28 albúmina negativa. El 24 raquí-cefalalgia y aparecen edemas. El 26 albúmina positiva, régimen lácteo. El 28, a las 11 h., primer ataque; a las 13, 2.º; a las 16, 3.º; ingresa en clínica; a las 16'45 h., 4.º ataque; a las 17'15, 5.º ataque. Sangría de 700 grs.; 20 c. c. sulfato magnesia intravenoso; 500 grs. suero glucosado subcutáneo. A las 19, 6.º ataque; a las 19'30 h., 7.º ataque. A las 20'15 h., sensorio bastante despierto, agitada, sin miosis. A las 21'15 = 2.ª inyección de 20 c. c. de sulfato magnesia; 8.º ataque; Nueva inyección a la 1 h. del 29 repetida a las 5 h. 9.º ataque. Micción abundante. A las 9, 5.ª inyección suf. mag. repetida a las 15 h. Día 30, buen aspecto, sensorio despejado. Orina 500 gr. Tensión 11'5/5'5. A las 10 h., supresión de toda medicación. Curso ulterior excelente. Gestación de comienzos de 7.º mes. Cantidad de orina en 24 h. oscilando entre 1.000 y 2.700 grs. los 6 días siguientes. El 20-7-28, parto prematuro (espontáneo) 8.º mes feto muerto y macerado (véase mortalidad fetal).

Año 1928. Obs. 379. F. M. I grávida 24 a. Sin antecedentes dignos de mención. Emb. actual. Última regla 21-III-28. Pelvis yuxta minor C. V. 8½ cms. Ingresa el 30-12-28. Primeras manifestaciones de parto el 28, a las 21. Rotura de las aguas a las 18 h. del 29. Lleva varias semanas que no se ha hecho analizar la orina, acompañada durante estas tres semanas de cefalea, ambliopía y diplopía, zumbidos de oídos. Escasos edemas. Hoy, 3 ataques convulsivos. Intervención a las 6'50 h. (Lleva 3 tactos tem 36'8. Pulso, 90. Cabeza en 2.º plano. de Hodge Dilat.: 8 cms. Sufrimiento fetal (meconio). Anestesia clorofórmica. Cesárea suprasinfisaria sin otro incidente que un pequeño desgarro lateral de 2 cms. en el ángulo inferior de la incisión cervical.

Durante la operación 4.º ataque, a los pocos minutos 5.º. A las 14½ h. 6.º ataque que no repitió. El primer día de la operación agitación, sensorio omnubilado, que desaparecieron al día siguiente. Puerperio febril.

El 7.º absceso de pared abdominal que se abre espontáneamente. Curación: Alta de clínica Madre e hijo bien el 23-I-29.

Un solo caso hemos tenido ocasión de observar de apoplejía útero-placentaria. El resultado ha sido letal para madre y feto (véase la observación resumida en muertes maternas).

Nada de interés debemos de hacer constar aquí sobre el tratamiento de las toxemias declaradas. Cabe, en cambio hacer manifestamente hincapié sobre las ventajas reportadas con el tratamiento profiláctico. Toda embarazada debe recibir orientaciones dietéticas, higiénicas y de control médico para evitar la posible aparición de una toxicosis. Creemos de todas maneras impropio la advertencia a la gestante de unos indicios de albuminuria. Es difícil hacer comprender a aquélla la significación de máxima benignidad que tiene la aparición de dicha eliminación. La mujer, inquietada por la advertencia, puede solicitar de otro Laboratorio la susodicha investigación y al serle dado un resultado negativo como suele hacerse con los vestigios de albúmina, perder su confianza en nuestros médicos de control. En cambio, son asiduamente vigiladas después de cuidadosa advertencia aquellas enfermas que además de una cantidad dosificable de albúmina ofrecen otras manifestaciones de toxicosis (hipertensión, edemas, trastornos sensoriales, etc.).

Diabetes.—No han figurado en la estadística los casos de glucosuria cuya frecuencia es harto conocida entre las grávidas. Las tres enfermas se refieren a casos con una diabetes anterior a la gestación. Los resultados

han sido buenos en dos casos. En el tercero feto muerto y macerado.

Tuberculosis. — La cifra de los demás autores es mucho más elevada, y lo atribuimos al hecho de que nos compete el diagnóstico de la lesión pulmonar. Nuestros medios de exploración corrientes son puestos en práctica en la primera visita que la embarazada lleva a cabo en el dispensario de obstetricia, pero la eficiencia de esos medios, es indiscutiblemente mucho menor entre las manos de un tocólogo que entre las de un internista. No nos pasa desapercibida, seguramente, una grave lesión pulmonar, pero en la forma incipiente decelable con medios de exploración más afinados (percusión y auscultación entrenadas, exploración radiológica, exámenes de Laboratorio, etc.), lógicamente debe pasarnos desapercibida. Aquí también se demuestra verdaderamente la utilidad que reportaría la agregación constante de un médico internista a nuestra organización toxicológica.

Toda embarazada debería ser explorada en su estado general por aquél, con lo cual nosotros creemos veríamos aumentar la cifra de tuberculosis despistadas.

El tratamiento ha sido el de costumbre en estos casos (sobrealimentación, medicación de ahorro, ídem recalcificante), bajo el control del Dispensario de Medicina. Una vez en el momento del parto es evitada la fatiga de la enferma tuberculosa, acertando si es posible la duración del período de expulsión. En el momento del alumbramiento, evitamos de acuerdo con la concepción clásica, las maniobras de masaje uterino que, aunque hipotéticamente, pudieran favorecer el intercambio bacilar inter-útero-placentario. Después del puerperio la enferma es dirigida al Dispensario de medicina y los esfuerzos necesarios son encaminados a que el niño lactado artificialmente, sea debidamente vigilado en el Dispensario de infancia. En estos años todavía no ha sido puesta en práctica en nuestro servicio la vacunación B. C. G.

Lúes. — El número de luéticas es en cifras redondas del 1 por ciento. Esta cifra está muy por debajo de la habitualmente admitida para esta sección. Nosotros lo atribuimos a que solamente son consideradas en esta estadística como luéticas las enfermas en las cuales además de manifestaciones obstétricas de una marcada manifestación específica (fetos prematuros, fetos muertos, macerados o sin macerar, muertes dudosas en el momento del parto o al poco tiempo de nacidos, muerte meningítica, estigmas de heredo-lúes), hemos encontrado una reacción positiva. Como no hemos practicado seroreacción sistemática en las grávidas, nos han pasado por alto enfermas humoralmente específicas y que han dado a luz fetos sanos, pero que serán o pueden ser en el día de mañana, heredos. Tampoco hemos incluido como enfermas luéticas las presuntas enfermas o sea, aquellas en las cuales existen los datos obstétricos referentes a feto antes mencionados o bien una placenta grande con una relación feto-placentaria alterada. Siguiendo el mismo criterio, la que ha dado a luz un huevo con anejo de color rosado, de consistencia fofo y con sueros intercotiledonarios poco definidos, no ha

sido tampoco incluída si una sero-investigación ulterior ha resultado negativa. Ya resultan algo más que presuntas luéticas aquellas mujeres que con abortos, interrupciones prematuras de la gestación o expulsión de término de un huevo muerto pero con serología negativa, ven realizada en una gestación ulterior la obtención de un producto vivo y aparentemente sano bajo la influencia de un tratamiento específico. Sobre este particular ha insistido recientemente uno de nosotros (1).

De todo lo que precede surge la conclusión de que el porcentaje de especificidad sólo puede deducirse con relativa exactitud gracias a la observación clínica cuidadosa asociada a la investigación serológica sistemática al ingresar la enferma en el Dispensario. No está de más señalar aquí la ausencia total de manifestaciones clínicas, utilizables para el diagnóstico de lúes en nuestras enfermas. Sobre ello hemos insistido también dos de nosotros en anterior publicación (2), así como sobre las normas de tratamiento a seguir en estos casos: arsenicales por vía intravenosa, muy prudentemente; bismuto por vía intramuscular en las luéticas; bismuto y yoduro en las presuntas luéticas.

Cardiopatías. — El porcentaje oscila alrededor del 1 por ciento. Corresponden a enfermas en las cuales el diagnóstico se hizo por personal no avezado gracias a prácticas palpatorias o auscultatorias. La cifra real nos parece, pues, muy superior a la indicada, pero se trata entonces de enfermas en las cuales no hay signo de descompensación ninguno.

De las quince enfermas no hemos tenido ni una sola muerte materna.

Respecto a líneas generales de tratamiento y pronósticos de este tipo de enfermas, puede consultarse con provecho la publicación del doctor Luis TRIAS DE BES (3), Director de la Clínica de Medicina del Instituto de la Mujer que Trabaja, llevada a cabo en gran parte a base de las enfermas de nuestro servicio.

Varices. — Nos referimos, naturalmente, a los grandes paquetes varicosos, ya sea de las extremidades inferiores, ya de las regiones vulvares. Nunca hemos observado accidente de importancia. Las hemos tratado con reposo, vendajes elásticos, castaña de indias, etc. En este primer tiempo no hemos realizado todavía inyecciones esclerosantes.

Vómitos incoercibles; acidosis. — Un sólo caso hemos observado de vómitos incoercibles. Fué internada en Clínica, hízose el tratamiento corriente en estos casos y la enferma curó siguiendo el embarazo su curso normal.

Las manifestaciones tóxicas de embarazo, adquirieron en 10 enfermas un tipo de desequilibrio ácido básico

con producción y eliminación de cuerpos cetógenos por la orina. En una de ellas el cuadro tóxico pareció favorecer la aparición de un cuadro infectivo de evolución fatal, a pesar de todos los recursos puestos en práctica. (Véase muertes maternas, año 1927, obs. 95.)

Alteraciones de líquido amniótico. — Sólo son reseñados los casos extremos. No han sido observadas formas de hidramnios agudo.

Enfermedades renales. — Sólo cuatro pielitis han podido ser como tales etiquetadas. Tenemos el convencimiento de que son mucho más frecuentes de lo que éstas cifras nos darían a entender. Muchas gripes, trastornos digestivos y otras supuestas enfermedades agudas en el curso del embarazo, nos parecen tener un origen en pelvis renal. Por otra parte nos parece de observación corriente las formas larvadas: dolor espontáneo en la región renal, punto costal lumbar doloroso, ligera piuria. La falta de fiebre desvía muchas veces del rotulamiento exacto de la afección. Estas enfermas son de observación frecuentísima en la práctica de Dispensario y no constan en la estadística.

Metrorragias de embarazo. — Refiérense a hemorragias compatibles con la evolución del embarazo. En este capítulo están comprendidas las amenazas de aborto, las hidrorreas e hidrohematorreas por endometritis decidua, las hemorragias por inserción viciosa, las producidas por pequeños hematomas retro-placentarios sin alcance clínico que permiten la marcha de la gestación, convivencia fetal y son indagables con el examen rutinario del anejo fetal.

Comentario de conjunto sobre patología del embarazo. — La exigüedad de nuestros porcentajes es obvia en muchos aspectos: lúes, tuberculosis, cardiopatías. Ello nos obliga a insistir sobre la conveniencia del examen general cuidadoso de toda grávida. Este examen debería ser practicado en época lo más temprana posible de la gestación. Sería de desear la agregación del internista al Dispensario de obstetricia con todos los medios auxiliares del diagnóstico (Rayos X, Laboratorio), relevando al tocólogo de la responsabilidad de este examen, para el cual no está indiscutiblemente pertrechado.

La exigüedad de otras cifras no deja de tener su valor, máxime en un tiempo en el cual poseemos el control del 80 al 85 por 100 de las afiliadas. Con las reservas antes indicadas, es innegable que la previsión pre-natal constante, intensa y temprana, reduce extraordinariamente la cifra de toxemias de tipo eclámpico.

Patología del parto

(Véase Cuadro IV)

Presentaciones viciosas. — Sólo representan el 2'8 por 100 demostrativo de las ventajas de la previsión pre-natal.

Estrechez pélvica. — El 14 por 100 de las enfermas han presentado una reducción de sus diámetros. Quedan incluídas las reducciones del C. V. por debajo de 10 cm.

(1) S. DEXEUS FONT. "Sobre ciertas formas raras de muerte fetal de origen probablemente específico". Revista Médica de Barcelona. Febrero 1930.

(2) S. DEXEUS FONT y MIGUEL SALARICH. "Lúes i estats gravídics". Monografies Mèdiques, N.º 25.

(3) LUIS TRIAS DE BES. "Observaciones sobre la evolución de las cardiopatías en el embarazo". Revista Médica de Barcelona. Octubre 1928.

Cuadro IV

	1927	1928	1929	Total
Presentación podálica	11	13	12	36
Presentación transversal		1		1
Presentación de cara		4		4
Presentación de frente		2	1	3
Gemelar	4	1	5	10
Desprendimiento en Occipito Sacra.	1	4	7	12
Estrechez pélvica	51	101	82	234
Tumores previos en la pelvis			2	2
Placenta previa	2	3	5	10
Procidencia de mano	1		6	7
Procidencia de cordón	1	1	3	5
Circulares de cordón	18	40	92	150
Hipertonía del cuello uterino	3	1	2	6
Hipertonía total del útero	2	2	1	5
Fiebre intrapartum (superior a 38°).	2	2	2	6
Hemorragia uterina por atonía	10	28	29	67
Rotura de útero			3	3
Perforación uterina	1			1

Cuadro V : Causas que determinaron la intervención

	1927	1928	1929	Total
<i>Causas dependientes de la madre</i>				
Estrechez pélvica	5	17	14	36
Tumores previos			2	2
Inercia	12	24	24	60
Hipertonía uterina	2	7	3	12
Enfermedades orgánicas que reclamaron la interv	2	2	1	5
Toxicosis, (acidosis, albuminuria, etc.)	2	3	3	8
Pusilaminidad de la madre que compromete el parto	1			1
<i>Causas dependientes del huevo y feto:</i>				
Nalgas incompletas	2	2	5	9
Presentación transversal		1		1
Encajamiento de los hombros	1			1
Occipito sacra			3	3
Falta de rotación	3	7	9	19
Gemelar	1			1
Procidencia de cordón	1	1	2	4
Procidencia de mano	1	1		2
Placenta previa			2	2
Sufrimiento fetal por causa desconocida	1	3	2	6

Circulares de cordón. — Su presencia ha aumentado fuera de proporción en nuestros datos, desde 18 observaciones en 1927, a 40 en 1928 y en 92 en 1929. La explicación reside en la mayor presión sobre nuestro personal auxiliar de comadronas para que sean incluidos en las gráficas la mayor parte de los datos, muchos de los cuales eran pasados por alto en los primeros meses del actual trienio.

Intervenciones. — Su distribución es estudiada en el capítulo de terapéutica.

En el año 1927, son intervenidas el 8 por 100 de las enfermas; el 10 por 100 en 1928 y el 11 por 100 en 1929.

Nuestra tendencia ha sido progresivamente encaminada a evitar la duración excesiva del trabajo del parto. El deseo de la terminación de aquél es puramente ma-

por cuando la bolsa ha sido rota prematuramente y el parto está ya en marcha. Ha sido también dominada nuestra actuación por el deseo de evitar, siempre que ello sea posible, la vía abdominal, de la cual tenemos experiencia desfavorable (1). Ella nos obliga a evitar el encontrarnos con las fases de distonía, frecuentes en los partos de duración excesiva y a intervenir más precozmente cuando las circunstancias son todavía favorables por vía vaginal.

En el cuadro V, están agrupadas las causas que motivaron la intervención.

respetable, en los cuales creyendo que el origen de la temperatura debe de estar en el aparato genital no ha sido posible añadir una etiqueta de localización anatómo-patológica. En estos casos trátase de enfermas en las cuales por los antecedentes es obligado señalar este origen, sin que la exploratoria ginecológica proporcione ninguna aclaración. Los antecedentes que más influyen para acusar al parto como origen primario del proceso, y al aparato genital como puerta de entrada de la infección son, por orden de mayor a menor importancia: las exploraciones intra-partum de calidad dudosa, la

Cuadro VI

		1927	1928	1929	Total	
Metrorragias durante el puerperio		1		1	2	
origen genital 6'1 % 45'2 % V. comentario	local	Vagino perineal	4	9	10	23
		endometritis	6	7	8	21
		anexitis			4	4
		peritonitis		1	1	2
		flebitis	2		2	4
	general	septicemia		3	1	4
		piohemia	1			1
		sapremia	9	2	8	19
	genital no especificado		5	5	7	17
	Puerperio febril 15'5 %	origen mamario	linfangitis	14	5	16
abceso de mama			3	1	2	6
origen endodigestivo		4	12	11	27	
origen renal		1	2	3	6	
otras causas		determinada	Neumonía	1		1
	gripe		2	2	2	6
	tos ferina				2	2
	tuberculosis		1	4	2	7
	bronquitis aguda		1	2	1	4
	indeterminada		7	4	8	19
infecciones diversas			1	3	4	
Dilatación aguda de estómago				2	2	
Ileus				1	1	
Delirium acutum			1		1	
Embolia			1		1	

Patología del puerperio

(Véase Cuadro VI)

Puerperio febril. — La patología del puerperio, está del todo dominada por los procesos febriles. Las demás causas de morbilidad son mucho menos importantes.

La fiebre en el puerperio es en la mayoría de los casos de origen genital. En nuestras observaciones el porcentaje es de 6'1 por 100. El porcentaje de fiebres de origen genital entre los puerperios febriles es de 45'2 por 100. Cabe señalar seguidamente un número de casos

duración excesiva del parto, la terminación del mismo después de largas horas de bolsa amniótica abierta, las hemorragias del alumbramiento, las intervenciones correctamente practicadas, los tactos intra-partum en condiciones de absoluta garantía señalando en último término de la menor nocividad, la exploración rectal. Comprendese que en ciertas enfermas en las cuales el curso del puerperio es febril y en las cuales por la presencia de uno o más factores etiológicos, de los anteriormente indicados, pudiésemos sospechar el origen genital del proceso sin mayor puntualización, debido ello a la abstención exploratoria de ritual en las enfermas infectadas. Puede así pasarnos inadvertido un cuello uterino

(1) S. DEXEUS FONT. "Dels fracassos immediats i llunyans de la casàrea abdominal a base de 65 observacions". Comunicació a la Acadèmia y L. de Ciències Mèdiques de Catalunya. Abril 1931.

con una placa infectiva, una ligera infiltración parametrial o salpingiana, una permeabilidad de cuello por muchos días indebidamente sostenida y la consciente ignorancia en que nos encontramos respecto a estos datos, obliga a la creación de este grupo.

Las causas locales de más frecuente observación, han sido la infección vulvo-perineal, frecuente en los casos de sutura de la región; la endometritis, habiendo etiquetado en esta forma siempre que el alza febril ha sido acompañada de dolor uterino, particularmente en las astas, retardo en la involución y modificaciones en los caracteres de los loquios (no nos ha sido dable más que raramente observar la clásica endometritis con escalofrío inicial en el 6.º u 8.º día y curva típica); finalmente la sapremia, habiendo catalogado en este grupo aquellos casos en los cuales las manifestaciones generales, por su benignidad, su evolución, la falta de datos

hemáticos y la ausencia de determinismo local, autorizaban aquella inclusión.

Vienen mucho más lejanamente, las septicemias, anexo-parametritis, flebitis, peritonitis y piohemia.

Debemos hacer mención aquí de las dilataciones agudas de estómago, complicación post-operatoria, de patogenia muy compleja, pero de la cual no está ausente la infección. A causa de ella perdimos dos enfermas, después de tratamientos tocúrgicos laparatómicos (Año 1929, Obs. 223 y 585.).

Nuestra mortalidad por infección puerperal ha sido del 0'19 por 100 de la totalidad de nuestras observaciones. De los casos con infección puerperal 37'5 por 100 han sido mortales (incluyendo las dos muertes por dilatación de estómago). Dejamos sin incluir en las causas de muerte por infección puerperal nuestra enferma perdida por delirium acutum, pues, como hicimos ob-

Cuadro VII

		1927	1928	1929	Total
Forceps	Tarnier	22	21	22	105
	Kielland		7	16	
	Levret		2	1	
	Naëgele		2	2	
Dilatación manual		2	6	4	12
Versión por maniobras internas		7	16	13	36
Cesárea clásica			2	3	5
Cesárea suprasinfisaria		3	4	6	13
Cesárea vaginal				1	1
Sinfisiotomía		2	6	9	17
Incisiones de Dürshen		2	8	7	17
Perineotomía		1		3	4
Episiotomía		6	15	40	61
Extracción podálica		5	4	5	14
Basiotripsia				1	1
Maniobra de Credé		3	22	24	49
Alumbramiento artificial		3	9	10	22
Sutura del cuello uterino por desgarros espontáneos			2	1	3
Perineorrafia		26	52	55	133
Perineoplastia inmediata secundaria			2	4	6
Perineoplastia ginecológica			2	1	3
Legrado uterino digital		2	1	1	4
Legrado uterino, curetage		7	4	1	12
Histerectomía		1	2	1	4
Laparatomía por sutura de rotura uterina (1)				2	2
Ovariectomía post cesariana				2	2
Esterelización				1	1
Pituitrina		54	68	86	208
Inyección transabdominal-uterina			1		1
Metrouinter de Charpentier de Ribes				1	1
Raquianestesia		11	22	35	68
Cloroformo		8	29	18	55

(1) Uno de dichos casos ha sido publicado. S. Dexeus Font. «Distocia por hipertonia con huevo íntegro y raquianestesia. Rotura uterina. Laparatomía. Curación.» Comunicación a la Soc. de Obs. y Ginecología, octubre 1930. Ars Medica, mayo 1931.

servar en la anterior publicación nuestra (1), no es nada demostrativo el origen puerperal del proceso.

Fiebres de origen mamario. — De porcentaje elevado, el 2'6 % de la totalidad de los puerperios y el 19'5 por 100 de los puerperios febriles. La forma que observamos a diario es la linfangitis: con roseta cutánea o zona de linfangitis reticular, dolor y elevación franca de temperatura. Estas formas han terminado en el 70 por 100 de los casos por solución espontánea. En los restantes ha habido supuración glandular.

La vía digestiva ha sido causa determinante en el 12 por 100 de los casos febriles.

El origen renal llega en lugar muy distanciado en los demás orígenes: el 2'8 % de los casos febriles. Esta cifra nos parece inferior a la realidad y los casos de pielonefritis puerperales sin grandes manifestaciones clínicas, son mucho más frecuentes de lo que este porcentaje pareciera indicar. Su señalamiento exacto no es siempre fácil, por variadas razones: la discreción de las manifestaciones ante todo, la dilución de aquéllas, particularmente las dolorosas, en una enferma con algias y dolorimientos múltiples, particularmente las operadas; finalmente la necesidad de recurrir a un cateterismo para putualizar el diagnóstico, lo que equivale a la supresión del mismo para evitar otras posibles contingencias.

Terapéutica ginecológica

	27	28	29	Total
Legrado uterino			3	3
Perineoplastia		2		2
Histerectomía		1		1
Lap. por ectópico	1			1
Fistulorrafia		1		1
	1	4	3	8

Terapéutica obstétrica

(Véase Cuadro VII)

Conviene anotar referente al cuadro de terapéutica obstétrica, algunas consideraciones concernientes a la orientación técnica del proceder operatorio expresado. La índole descriptivo-esquemática de este trabajo, nos obligará a dejar para otros trabajos complementarios la mayoría de consideraciones que se desprenden de la observación del esquema, ciñéndonos a superficiales deducciones necesariamente comprobables para la buena interpretación de las cifras.

De los 1.556 partos, 1.384 han sido espontáneos y 172 intervenidos. Entendemos por parto intervenido aquella distocia en que exclusivamente el tocólogo ha practicado una o algunas de las siguientes intervenciones: aplicación de forceps, versión interna, dilatación manual,

pelvotonías, cesáreas, incisiones de Dürrssen, es decir, aquellas maniobras destinadas a la extracción fetal y aquellas otras que más o menos intensamente puedan variar la morbilidad o mortalidad materna o fetal por su importancia, no contando como tales las distintas maniobras corrientes (rotura de bolsa de aguas, Kristeller, Credé, etc.), como tampoco el uso de ciertos fármacos occitócicos o sedantes ni las perineorrafias inmediatas, por no representar una solución directa para la terminación del parto.

Vemos, en total, 103 aplicaciones de forceps, en 24 de las cuales ha sido utilizado el Forceps de Kielland. En las estadísticas de los años siguientes al 1929 el número de aplicaciones de Forceps de Kielland sobrepasa extensamente a las de los demás tipos de forceps. Hoy día, damos al Kielland la supremacía por no decir la exclusiva, en las aplicaciones de forceps, habiendo no obstante adquirido ya este último título en la labor desarrollada en Clínica. Por lo que se refiere al trienio que comentamos en este trabajo, empezamos a utilizarlo a mediados del año 1928 y lo reservábamos para aquellos casos de cabeza alta, asinclítica, deflexionada, etc., para los cuales cumple el Kielland de manera más positiva que los otros forceps de articulación fija, casos que no obstante, algunos de ellos ha requerido otra intervención, como versión, pelvotomía o incluso una solución por vía alta. Conviene hacer constar también en pro de la diversidad del instrumento, las preferencias particulares de cada uno de los facultativos de la Obra.

En un mismo comentario podemos agrupar la dilatación manual y las incisiones cervicales de Dürrssen. El trienio 1927-29, representa aquí como en otras técnicas terapéuticas, el paso de una orientación a su estabilización definitiva según nuestro criterio. Hoy día hemos abandonado casi completamente la dilatación manual obtusa, ya que todas las distocias por dilatación incompleta son resueltas en Clínica. Los casos de dilatación manual representan las distocias resueltas en el propio domicilio de la enferma, donde una dilatación artificial de Dürrssen representa un peligro para su realización conveniente o una técnica deficiente en el sentido de que requiere por la longitud de las incisiones, hemorragia, etc., un proceder delicado, como son suturas, taponamientos y demás, difícilmente realizable en un ambiente poco o nada a propósito y con material insuficiente.

Por lo que se refiere a las intervenciones por vía abdominal, cabe anotar dos extremos fácilmente deducibles con la lectura de las cifras estadísticas. Primero la sustitución de la cesárea corporeal o clásica por la cesárea segmentaria, y segundo, la sustitución de la vía alta por la vía vaginal. Fuera de aquellos casos de inabordabilidad por vía vaginal, debida a obstrucciones mecánicas, como por ejemplo, tumores genitales previos, estrecheces pélvicas acentuadísimas, toxemias o placenta previa en primigrávidas con feto voluminoso, nuestra tendencia actual va decididamente a la solución del conflicto por vía vaginal (pelvotonías o cesárea vaginal); en los casos expresados de obstrucción pélvica inabordable por dicha vía y siendo necesaria la inter-

(1) S. DEXEUS FONT. Comentarios a la sinfisiotomía de Zarate. Revista Médica de Barcelona. Abril de 1929.

Cuadro VIII

	1927	1928	1929	Tótal
<i>Traumatismos en el trabajo de parto:</i>				
Lesiones de cuero cabelludo ocasionados por el Forceps	2	2	1	5
Fractura de la clavícula			1	1
Fractura de húmero			3	3
Céfalo hematoma	3	2	1	6
Total de traumatismos 15, o sea 0'96 %.				
<i>Deformidades:</i>				
Monstruosidades	1	1		2
Labio leporino		1		1
Quiste saco lagrimal	1			1
Desprendimiento de la clavícula	1			1
Palatos-quisis		1		1
Amputación congénita del ante brazo	1			1
Polidactilia			1	1
Imperforación de ano	1			1
Hernia umbilical	2			2
Hipospadias	1	1		2
Parafimosis	1			1
Onfalopatía		1		1
Total de deformidades 16, o sea 0'96 %.				
<i>Prematuridad:</i>				
Vivos { Prematuros de 7.º mes		1		1
{ Prematuros de 8.º mes		4	1	5
{ Prematuros entre 8.º y 9.º mes	10	5	10	25
Prematuros muertos	2	2	3	7
Total de prematuros vivos 25.				
<i>Morbilidad del recién nacido (hasta los 10 días):</i>				
Atrepsia	1			1
Heredo fimia	1			1
Síndromes meningo encefálicos	1			1
Torticolis	1			1
Mastitis	2	3		5
Oftalmias	2	2	8	12
Ictericia acentuada	4			4
Síndromes mal definidos		2	4	6
Total de casos de morbilidad del recién nacido no seguidos de defunción 33, o sea 2'12 %.				

Prematuros 25 más 7 prematuros fallecidos, 32 prematuros que representa un 2'01 % de fetos prematuros.

vención abdominal del caso, la incisión segmentaria ha eliminado completamente la histerotomía corporeal.

Salta a primera vista el número elevado de episiotomías realizadas. Tiene su explicación en nuestra tendencia a obtener un buen y amplio campo de operación en la resolución de toda distocia, además del interés marcado de substituir toda lesión espontánea, obtusa e indefinida por una incisión quirúrgica, lineal, limpia y definida, mucho más ventajosa y de resultados ulteriores marcadamente superiores a aquélla. Hablan en favor de esta afirmación, el escasísimo número de desgarrs de tercer grado que actualmente vemos y del redu-

cido número de perineorrafias ginecológicas que requieren las enfermas, siendo preciso notar que todas las suturas perineales secundarias y tardías enumeradas en este trabajo (contando con su excepcionalidad) provienen de tiempos en que nuestra conducta en este sentido gozaba de una mayor condeseendencia quirúrgica de la que en la actualidad no nos arrepentimos absolutamente nada de justificar.

Constan, a propósito de lo que vamos diciendo, alguna perineorrafia inmediata secundaria y además, alguna perineoplastia ginecológica realizada en el puerperio. A pesar de nuestra tendencia universal, a corregir

los desgarros vulvo-perineales en épocas lejanas al parto, creemos justificada la rafia perineal en el puerperio, en miras al interés económico social de la enferma, que aprovecha su estancia en clínica, para la curación de su defeeto perineal. Justifica también este proceder los buenos resultados que hemos obtenido, con un elevado porcentaje (aunque sea escaso el número global de observaciones) de curaciones definitivas.

Parecerá, a primera vista, desmesurado el número de inyecciones de pituitrina realizadas para combatir la inercia uterina en el último período del parto. Cabe hacer constar en descargo de esta afirmación, que los facultativos de Obra Maternal permiten a las comadronas el empleo moderado de este occitócico en los casos indicados bajo normas pre-establecidas (dilatación completa, bolsa rota, cabeza encajada, ausencia de sufrimiento fetal y escasez de contracciones) y muchas veces bajo el control del tocólogo. Nos permitimos hacer constar que nunca hemos observado un resultado desagradable de su uso en las condiciones expresadas.

La inyección trans-abdominal uterina de hipófisis ha sido puesta en práctica para combatir la hemorragia atónica del alumbramiento, actualmente en crecido número de casos. Reservaremos los comentarios para el próximo trabajo estadístico que nos permitirá interesantes conclusiones, por el mayor número de casos en que ha sido empleada. Los resultados de las primeras observaciones han sido publicados por uno de nosotros a raíz de los siete primeros casos (1).

Finalmente, por lo que se refiere a la anestesia empleada en nuestras intervenciones, vemos un mayor número de raquianestésias sobre el de anestésias generales. Durante este tiempo utilizábamos la *raquí* en la resolución de casi la totalidad de las distocias, especialmente en las aplicaciones de forceps y laparatomías por cesárea, utilizando el beneficio tan interesante de la *raquí*, como es el respeto de la contractilidad uterina, que evita las pérdidas atónicas consecutivas, reservando la anestesia general para algunos casos de versión interna, especialmente aquellos en que se veía *a priori* una tendencia hipertónica del útero, dada la relajación muscular que permite el cloroformo, y en los casos de acentuado sufrimiento fetal, por la rapidez mayor de la anestesia general además del beneficio que puede dar al feto por la supresión de toda contractura uterina.

Actualmente hemos invertido la proporción de las dos clases de anestesia, cuyo comentario será uno de los puntos más estudiados del trabajo próximo, así como de un trabajo especial que en este momento nos hacemos deudos de publicar.

Morbilidad fetal

(Véase Cuadro VIII)

Debemos hacer constar la relatividad de los datos de este cuadro de morbilidad del feto y recién nacido por cuanto muchos de ellos han sido calificados sin la intervención del pediatra.

(1) M. S. SALARICH TORRENTS. "Inyección trans-abdominal uterina de hipofisina como tratamiento de la hemorragia atónica post-partum". Ars. Médica. Mayo 1930.

También habla en favor de esta relativa exactitud, el que muchas familias ante una morbilidad fetal o del recién nacido consultan libremente su médico de cabecera y ya entonces los datos morbosos no constan en nuestras gráficas.

Manera de corregir en parte esta inferioridad, sería la colaboración asidua del pediatra en todos estos casos, incluso un reconocimiento sistemático de todo recién nacido.

Mortalidad materna

Cuadro IX

	1927	1928	1929	Total
Septico-piohemia	1			1
Tuberculosis laríngea		1		1
Delirio agudo post-partum		1		1
Embolia cerebral		1		1
Apoplejía utero placentaria		1		1
Complicaciones post-operatorias			2	2
Ileus paralítico			1	1
Total	1	4	3	8

Cuadro X

Mortalidad materna: Porcentaje

	Partos	Mortalidad	Porcentaje %
Año 1927	408	1	0·22
> 1928	552	4	0·74
> 1929	596	3	0·50
Total	1556	8	0·51

De la mortalidad materna reseñada, vamos a dar a conocer en forma resumida cada uno de los 8 casos, extractando los datos que obran en el archivo de observaciones clínicas de la Obra Maternal del I, de la M. que T.

Año 1927, N.º 95, J. A. Antecedentes: enfermedades propias de la infancia. Menstruación a los doce años tipo normal; 2 partos normales; 1 aborto con retención que motivó un legrado. Primera visita, gravidez de 4 meses, normal. En las visitas sucesivas nada de particular; 5 días antes del parto, es visitada en su domicilio con edemas fuertemente acentuados en región suprapúbica que dificulta exploración, vómitos persistentes que impiden ingestión alimenticia, cara encendida, albúmina negativa, acetona fuertemente positiva. Ingresa en clínica: suero glucosado, insulina, enemas bicarbonatados; mejora el cuadro e ingiere algunos alimentos, y orina en cantidad superior a los 1.000 gramos. El parto acaecido el 2 de marzo, no ofrece detalle alguno digno de mención. A los dos días de puerperio, intenso escalofrío, pasado el cual presenta la enferma buen aspecto y normalidad de pulso y cantidad de orina expelida; temperatura, 39°, diarrea persistente. Por endovenosa, 40 c. de suero antiestreptocócico, absceso de Fochier con 2 c. c. de esencia de trementina, sin mejo-

ría alguna; dolor local a la presión, útero voluminoso, fetidez y espesamiento de los loquios. Metritis parenquimatosa. El día 5 (7 días después del parto), histerectomía abdominal bajo raquí anestesia. El examen de la pieza anatómica confirma el diagnóstico. Al siguiente día de operada, curva térmica descendida, sin escalofríos, sin diarrea; pero al siguiente día, el segundo de haber sido operada, reaparición del cuadro clínico, con agravación manifiesta: escalofríos, taquicardia, diarrea. Fallece a los tres días de la intervención y a los diez del parto con sensorio despejado hasta el último momento.

Comentario autocrítico. — ¿Podríamos evitar este fatal desenlace? A fuer de sinceros y examinando detalladamente el caso, hemos de confesar que quizás si no hubiéramos practicado la histerectomía se hubiera podido prolongar unos días la vida materna; pero fatalmente y nos lo confirma el examen de la pieza extirpada, hubiera sobrevenido el síndrome séptico pihémico con todo su acompañamiento de episodios desagradables, flebitis, embolia pulmonar, endocarditis, etc., etc.

Puede que si nos remontáramos a época anterior, la de los últimos tiempos del embarazo, hubiéramos podido evitar el proceso toxémico, previniendo de esta manera la pobreza defensiva, con lo que quizás no hubiera sobrevenido la infección, o de haber sobrevenido se hubiera resistido con más facilidad. Desde este punto de vista quizás no hubiéramos anotado a nuestro debe el caso que nos ocupa, pero esto sólo sería factible con el precedente de que sistemáticamente todas las gestantes en su último mes fueron internadas.

De las cuatro defunciones ocurridas durante el año 1928, corresponden a las observaciones números 31, 80, 85 y 310 de dicho año:

Observ. n.º 31. I para fuerte crisis de laringitis que impide la deglución. Caquexia manifiesta, fuertes ascensiones térmicas, tuberculosis laríngea. El día 16, ruptura prematura de membranas, al entrar en el 9.º mes de gestación. En clínica, cesárea clásica seguida de histerectomía total, intervención bajo anestesia raquídea, muy bien soportada. Agravación del cuadro consuntivo. Fallece a las primeras horas del siguiente día. El feto vive y fué vacunado a las pocas horas de nacido con vacuna B. C. G.

Comentario al caso. — No había evitabilidad del resultado materno fetal, en una grávida con una tuberculosis laríngea de forma muy rápida. Los intereses fetales dominaban nuestra actuación terapéutica. Estos eran indiscutiblemente mejor garantidos con una cesárea que con una operación por vías naturales, a la cual nos hubiésemos visto posiblemente abordados ante una enferma *in extremis*, que, de haber hecho—y lo admitimos incluso como fácil—una dilatación rápida, no hubiese tenido medios de sobrellevar la fatiga que implica un período expulsivo. Decidida ya la vía abdominal, una histerectomía total representaba la ventaja de suprimir a la enferma la posibilidad de una nueva parturición y al mismo tiempo la función endocrina genital. En una enfermedad consuntiva como la tuberculosis esta doble ventaja no era de despreciar, y tenemos la seguridad de que el trauma quirúrgico fué muy poco acentuado por la histerectomía complementaria. Desgraciadamente, lo avanzado del mal no dió más alcance

que el de una hipotética especulación a nuestra forma de proceder.

Observación n.º 80.—Sin antecedentes dignos de mención. Primípara de 26 años, estrechez pélvica de $8\frac{1}{2}$ de C. V. Fórceps y sinfisiotomía previa incisión de Dührssen. Desgarro que interesa desde la comisura vulvar anterior, al meato, clitoris con su correspondiente arteria y pared vaginal anterior. Intervenido bajo anestesia clorofórmica, presenta a las pocas horas un delirio agudo que va persistiendo, exacerbándose hasta los 19 días de la intervención, en que muere con el síndrome de delirio agudo.

Comentario al caso. — La enferma tuvo un trauma obstétrico. Este, que interesó la pared vaginal anterior y la uretra con su correspondiente riego arterial, no ocasionó incontinencia esfinteriana por haber respetado la lesión el cuello vesical. La herida no ofreció aspecto local de infección. Tampoco la enferma tuvo temperatura ni frecuencia de pulso durante los días de estancia en la Clínica.

De regreso a su casa, presentó un síndrome nervioso complejo (convulsiones, agitación, alucinaciones, contracturas). Agravóse aquél y ocasionó la muerte de la parida a los 19 días, habiendo calificado el doctor MIRA el cuadro de delirio agudo. A pesar de que en el origen de este proceso se admite casi siempre una causa infecciosa o toxi-infecciosa, nos resulta poco clara la puerta de entrada genital del proceso. Débese hacer constar insistiendo por una parte la ausencia de manifestaciones infectivas en los 14 días de estancia en la Clínica, y por otra los antecedentes psicopáticos de la enferma, manifestados claramente durante el embarazo (alucinaciones) y en los primeros días del puerperio.

Observación 85.—Tercípara de 26 años; antecedentes sin importancia. Embarazo actual con albuminuria grávida, habiéndose registrado como cantidad máxima 7 por mil, 15 días antes del parto. Ruptura prematura de membranas, parto normal de duración total de 7 horas, 30 minutos. Al segundo día de puerperio, cefalera súbita, náuseas, calambres en las extremidades inferiores, desigualdad pupilar (anisocoria), cefalea más intensa en el propio lado de la paresía. Cuadro que apareció súbitamente atribuido por los familiares a una causa emocional. Tratamiento derivativo (drásticos, revulsiones, etcétera). El síndrome hemipléjico se va acentuando con la aparición de la parálisis del facial del propio lado, hasta que termina con la vida de la enferma.

Comentario: No hemos podido comprobar la causa exacta de la misma; pero atendiendo a la edad de la enferma (26 años) podría hacernos pensar en un origen luético; clínicamente no constan antecedentes, reacción serológica no se practicó; precisamente por la carencia de estos antecedentes; de ahí nuestra razón en abogar para que sistemáticamente se practique una reacción serológica a todas las embarazadas. En el presente caso, de haberse hecho, quizás hubiéramos podido prevenirlo de haber sido positiva, pues repetimos que dada la falta de antecedentes y de orden circulatorio y la juventud de la paciente, da mucho que pensar que el síndrome descrito sea debido a una supuesta causa específica. Por lo que hace referencia a los antecedentes albuminúricos, de haber sido éstos la causa hubiera presentado seguramente un síndrome con otras características.

Observación 310.—12 grávida (6 prematuros, 6 de término).

El 18-7-28, ingresa en Clínica a las 9 horas. Ha sido vista en su domicilio por uno de los facultativos de la obra a las 8 h. con cuadro toxémico grave. *Antecedentes* Hace varias semanas que no ha mandado la orina para el análisis. Desde primeras horas de la mañana, dolores abdominales y ligera pérdida sanguínea. Examen: miembros inferiores muy edematosos, cara ídem y muy pálida; pulso a 90; pequeña metrorragia obscura; útero de consistencia leñosa, sin ninguna zona blanda; sensible; latidos fetales ausentes. Al examen vaginal, cuello con dilatación de 2 cm. de bordes rígidos, sin masa placentaria asequible. Diagnóstico: Apoplejía útero-placentaria con feto muerto. Con anestesia general mixta, laparatomía inmediata; útero de paredes equimóticas con infiltraciones y sufusiones sanguíneas sub-serosas. Cesárea. Feto muerto de 3.000 grs. aproximadamente. Alumbramiento: gran hematoma útero-placentario; entre sangre líquida y coagulada, por lo menos 1 litro. Histerectomía sub-total; peritonización. Cierre de la pared en tres planos. La enferma muere a las 2 horas de la intervención de shock.

Comentario al caso. — Trátase de una toxemia de forma hemorragípara con albuminuria desatendida por falta de control pertinente. La gravedad de la evolución no nos permite suponer la obtención de un mejor resultado materno en el caso de haber seguido otra orientación terapéutica.

De las defunciones maternas ocurridas en el año 1929 corresponden a las observaciones números 223, 519 y 585.

Observación 223.—Antecedentes. 2 cesáreas anteriores por estrechez pélvica. Presentación de nalgas. Rotura prematura de membranas. Prueba de parto, en vista que éste no avanza y dados los antecedentes, decidimos intervenir por cesárea bi-iterativa y practicar al propio tiempo una ligadura de trompas bajo raquí-anestesia. Es difícil abordar el útero por la existencia de fuertes adherencias cicatriciales del epiplon con la serosa uterina; el feto es extraído, y al encontrarnos en presencia de nódulos miamatosos, optamos por practicar una histerectomía sub-total. Intervención sin particularidad alguna. En el curso post-operatorio intensa dilatación gástrica, con muy escasa reacción de serosa peritoneal. Muerte de la enferma a los tres días. Este caso lo comentaremos conjuntamente con el siguiente.

Observación 585.—2para. Antecedentes: cesárea clásica en el primer parto por estrechez C. V. 8,4 cm. Prueba de parto. Dilatación artificial completada con incisión de Dührssen; rotura de membranas, versión interna laboriosa, extracción podálica y sinfisiotomía por cabeza última, ligera hipertonía que nos obliga a practicar mesuradamente las tracciones sobre el feto aprovechando los períodos de relajación uterina; perineorrafia por episiotomía previa. Al inspeccionar la cavidad uterina nos encontramos con una solución de continuidad en el fondo de saco vaginal que comunica con la cavidad abdominal de unos dos centímetros. Dejamos sonda permanente en la vejiga con resultado positivo. Acto seguido practicamos una laparatomía para suturar la brecha comunicativa con la cavidad abdominal. Pequeño quiste del ovario izquierdo, resección del mismo, ligadura de la trompa derecha. La misma tarde de intervenida presenta vómitos acentuados de aspecto porráceo, vientre flácido, sin eructos ni expulsión de gases, hipotensión; tónicos. Al siguiente día, cuadro evidente de dilatación gástrica con meteorismo; hipogastrio no abultado. Acentuación del cuadro con delirio; muere a los dos días de intervenida.

Comentario a las dos observaciones anteriores. — Son dos casos desgraciados de terapéutica obstétrica; prueba uno de ellos, el primero, de que la repetición de la cesárea no es benigna. La enferma que había resistido

perfectamente las dos primeras intervenciones, no resistió la tercera. Evidentemente, el *shock* operatorio fué agravado por la necesidad de completar la histerectomía con la extirpación del órgano.

El segundo caso es el primer fracaso que hemos tenido en Obra Maternal en la conducción por vía vaginal del parto en una antigua cesarizada. Este caso, junto con otros que hemos tenido ocasión de observar, nos prueban de que la parturición de la mujer cesarizada debe ser objeto de meticulosa atención por parte del tocólogo y que en el caso de ser preciso recurrir a una extracción, la vía natural está preñada de peligros y es necesario recurrir a la vía abdominal.

Tanto un caso como otro demuestran de todas maneras, de que el porvenir obstétrico de la cesarizada, no es halagüeño. Con seguridad han influido poderosamente en nuestro ánimo para convertirnos en adeptos cada vez más fervientes de la vía vaginal, convenientemente reglada y sometida a las reglas y principios generales quirúrgicos.

Observación 519.—1para. de 31 años. Antecedentes generales y datos de embarazo sin particularidad especial. Rótura prematura de membranas. Se inicia el parto a las 23 del 5-9-29. 3 tactos hasta el día 6 a las 16 que se halla a dilatación de 7 cms. O. I. I. T. en 2.º plano de Hogde. Asinclitismo anterior marcado. Pelvis normal. Pocas contracciones. Expulsión de meconio pero corazón fetal bien timbrado. Prescribimos $\frac{1}{4}$ de c. c. de hipófisis, más $\frac{1}{4}$ de c. c. de morfina, repetidas a la hora. Ingresa en Clínica a las 20 h.: dilatación 9 cms. Idéntico estado por lo que se refiere a los otros datos.

Intervención.—Raqui-anestesia con 0'12 grms. de novocaína entre 1.ª y 2.ª v. l. previa inyección de adrenalina.

Intento de Forceps de Kielland. Sin resultado. Versión con un solo pie no dificultosa. Reconstrucción perineal. Sutura de un desgarró paravaginal de 6 a 7 cm. de longitud. Después del alumbramiento, revisión uterina por anexos incompletos. Explorando se nota desgarró de fondo de saco vaginal derecho sin comunicar a cavidad abdominal libre. Feto vivo.

Puerperio.—Temperatura progresivamente ascendente hasta alcanzar 39º el 6.º día, oscilando los 4 días sucesivos entre 38º y 39º. Pulso entre 80 y 100.

Primer día de puerperio: Dolor abdominal espontáneo en el lado derecho. Involución normal.

Segundo día: Persiste dolor. Vómitos. Dilatación supra-umbilical del abdomen sin timpanismo hipogástrico.

Tercer día: Persisten los síntomas del día anterior. Buen estado general. Por la tarde, diarrea y ventosidades abundantes con intensos cólicos. Acentuado meteorismo.

Cuarto día: Persiste cuadro de dilatación gástrica y meteorismo. Posición ventral. Eructos y gases abundantes. Persiste dolor y diarrea. Iscuria, sondaje vesical: 1.500 gms. orina.

Quinto día: Sigue dolor fosa ilíaca derecha, meteorismo y dilatación gástrica. Emite eructos y gases en posición ventral. Retiramos puntos de periné; herida esfacelada. Suero glucosado, insulina, sondaje vesical: 500 gms. orina.

Sexto día: Persiste cuadro anterior. Además, tumoración un poco por debajo del ombligo, sonora, dolorosa a intervalos por contracciones peristálticas. Eructos, gases, diarrea sin ceder el abultamiento abdominal. Estrignina. Neo-hormonal IV hasta 5 inyecciones en cuatro días. Raquí de 0'12 grs. nov. entre 1.ª y 2.ª v. l. en decúbito lateral derecho. Extraordinaria expulsión de gases, desapareciendo todo asomo de meteorismo.

Séptimo día: Ha dormido. Eructos y deposición. Vuelven a aparecer los dolores abdominales cada vez más intensos.

Hasta el décimo día, pasó en un estado algo satisfactorio, con escasa dilatación abdominal, emitiendo eructos, gases,

algunas deposiciones diarreicas, escaso dolor de fosa ilíaca, durmiendo tranquila a ratos.

El décimo se presenta de nuevo el cuadro alarmante de dolor espontáneo, meteorismo acentuado, escasos eructos, y gases a pesar de sonda rectar, polipnea, algidez de extremidades, placas violáceas en las mismas, pulso hipotenso, filiforme. Nueva *raqui* de 0'12 gr. entre 11 y 12 v. l. sin efecto. A los 10 minutos palidez de mucosas, angustia in crescendo, dilatación pupilar. A los 15 minutos refrigeración de las extremidades, sin emisión de gases. Muere con perfecto conocimiento a los 45 minutos de la *raqui*; expulsión de gran cantidad de gases en el momento de la muerte.

Necropsia.—Al incidir la pared abdominal, gran cantidad de gases a fuerte tensión con marcado olor a cianhídrico. En el interior de la cavidad abdominal abundante cantidad de líquido achacolatado claro. En la fosa ilíaca derecha el ligamento ancho, mesosalpinx y pared lateral de la pelvis invadidos por ancho hematoma sub-peritoneal. En la cara posterior del ligamento ancho a 3 cm. por encima del hematoma se encuentra adherido al ciego cuyas paredes están equimóticas y fuertemente distendidas al igual que el intestino delgado.

Comentario. — ¿Cómo se produjo la lesión de perforación vaginal? ¿Por la versión? Ella fué fácil, creemos más probable por la introducción de la primera cuchara de Kielland en su intento, que se insinuaría en un remanente del fondo de saco anterior.

La aparición rápida del síndrome oclusivo y las lesiones halladas en la necro, de escaso valor las inflamatorias y traumáticas para producir un cuadro tan grave y la presencia de adherencias que seguramente ocasionaron la oclusión, nos hace pensar que dicha lesión estuviera ya latentemente constituida, bastando una causa traumática, y por sus caracteres, infectivo-inflamatoria, para dar lugar a una agravación subsiguiente con las particularidades propias. Cabe constatar que la brecha vaginal no comunicaba con la cavidad abdominal libre.

¿Cómo evitar este fracaso? La falta de comunicación abdominal nos hizo desistir de una laparatomía inmediata que incluso *a posteriori* no creemos necesaria, dados los antecedentes del caso. Lo único que nos reerimamos es no haber aprovechado el resultado de la primera *raqui* en el sexto día de puerperio para practicar una laparatomía exploradora con las deducciones técnicas derivadas de la misma.

Comentario global de mortalidad materna. — La causa más frecuente de mortalidad materna ha sido por trauma operatorio (dos muertes por dilatación aguda de estómago post-laparotómica, una muerte por íleo mecánico post-operatorio). A cargar en el pasivo de nuestra técnica obstétrica deben incitarnos a estudiar con especial interés las indicaciones operatorias y particularmente la técnica de resolución de la distocia. No ha faltado tampoco la gran causa de mortalidad materna: la infección puerperal. Nosotros confiamos mejorar cada día nuestros resultados con el mayor entrenamiento de nuestro personal colaborador y con el internamiento, cada vez en mayor número, de nuestras enfermas.

Lo mismo podemos decir de las toxemias de embarazo. A causa de ellas perdimos una enferma. La única solución estriba en la intensificación de la previsión pre-natal y el afán del público de someterse a ello.

Otras muertes están completamente fuera del alcance del tocólogo bajo el punto de vista de la evitabilidad. Entre ellas contamos la enferma muerta de tuberculosis laríngea, de embolia cerebral e incluso por las razones antes apuntadas la que perdimos de delirio agudo.

Mortalidad fetal

(fetos viables y de más de 2000 grs.)

Cuadro XI

	1927	1928	1929	Total
Antes de comenzar el parto	7	11	7	25
Durante el parto	6	8	11	25
> los 10 primeros días	3	9	6	18
Total	16	28	24	68

Cuadro XII

Mortalidad fetal : Porcentaje

	Partos	Mortalidad	Porcentaje
Año 1927	408	16	3'9
Año 1928	552	28	5'07
Año 1929	596	24	4'02
Total	1556	68	4'3

Fetos muertos antes del parto: 25

Macerados por lúes: 4.

- Año 1928: Ob. 92. II grávida. Lúes tratada. Parto rápido. Feto prematuro muerto y macerado.
- Ob. 215. III gráv. Escoliosis. Nefritis crónica. Endo-arteritis cerebral lúética. Duración del parto, 2'30 h. Feto prematuro 7.º mes muerto y macerado.
- Ob. 251. IV gráv. Hidramnios. Lúes tratada. Feto prematuro de 8.º mes, muerto y macerado.
- Año 1929: Ob. 546. II gráv. Lúes. Duración del parto 2 h. Ha hecho tratamiento. Feto muerto y macerado.

Macerados por nefritis crónica: 1.

- Año 1927: Ob. 373. I gráv. Nefritis parenquimatosa. Parto de 10 h. Feto prematuro 7.º mes muerto y macerado.

Macerados por tuberculosis: 1.

- Año 1927: Ob. 93. II gráv. Tuberculosis materna. Parto de 6 h. Feto de 2.500 grm muerto y macerado.

Macerados por glucosuria: 1.

- Año 1928: Ob. 478. III gráv. (2 fetos muertos). Glucosuria de embarazo, parto de 12 horas. Feto muerto y macerado.

Cuadro XIII

	1927	1928	1929	Total
<i>Fetos muertos antes del parto:</i>				
Macerados por lúes		5	1	4
» » nefritis crónica	1			1
» » tuberculosis	1			1
» » glucosuria		1		1
» » toxicosis		1		1
» » causa desconocida; presuntos luéticos.	4	5	5	14
Monstruosidad fetal	1	1		2
Hemorragia de embarazo y parto			1	1
Total 25 fetos, o sea el 1'6 %.				
<i>Fetos muertos durante el parto:</i>				
Lúes	1			1
Apoplejía útero-placentaria		1		1
Procedencia de cordón		1	5	4
Asfixia blanca no reanimados	2	4	1	7
Hipertonía uterina.	1			1
Traumatismo obstétrico.	2		2	4
Hemorragia placentaria intra partum		1	1	2
Síncope cardíaco		1		1
Distocia de cabeza última			1	1
Prematuridad			1	1
Causa desconocida			1	1
Distocia de hombros.			1	1
Total 25 fetos, o sea el 1'6 %.				
<i>Fetos muertos después del parto:</i>				
Prematuridad	1	1	2	4
Monstruosidades		1		1
Asfixia blanca no reaccionado		2		2
Meningitis	1			1
Lesión meningo-encefálica.	1	1	2	4
Duración excesiva del parto		2		2
Causa desconocida		2		2
Neumonía por aspiración			1	1
Disfunción cardio-pulmonar			1	1
Total 18 fetos, o sea el 1'1 %.				

Macerados por toxicosis materna: 1.

Año 1928: Ob. 311. I gráv. Eclampsia un mes antes del parto. Parto de 10 h. Feto prematuro 8.º mes muerto y macerado.

Macerados por causa desconocida; presuntos luéticos: 14.

Año 1927: Ob. 19. III gráv. (1 aborto, 1 feto muerto). Parto de 5 h. Feto muerto y macerado.

Ob. 135. V gráv. Parto de 8 h. Feto muerto y macerado.

Ob. 141. V gráv. (2 fetos vivos, 2 muertos). W—Parto rápido. Feto muerto y macerado.

Ob. 375. I gráv. W—Parto de 8 h. Feto de 4.500 grs. muerto y macerado.

Año 1928: Ob. 107. I gráv. Parto de 6 h. Feto muerto y macerado.

Ob. 155. III gráv. Parto de 7'30 h. Feto muerto y macerado.

Ob. 192. I gráv. Parto de 19'15 h. Feto muerto y macerado.

Ob. 250. II gráv. Parto de 9'30 h. Feto prematuro 7.º mes, muerto y macerado.

Ob. 564. II gráv. (1 aborto) W—Parto de 9 h. Feto muerto y macerado.

Año 1929: Ob. 89. VI gráv. (4 vivos, 1 muerto bronquitis). Dilatación 14 horas. Intenso sufrimiento fetal. Extracción podálica no percibiéndose ya el latido fetal. Feto muerto y macerado, aspecto acondroplásico.

Ob. 115. I gráv. Parto de 16 h. Feto prematuro muerto y macerado.

Ob. 116. III gráv. 4 días con latido fetal negativo. Parto de 4'30 h. Feto prematuro, muerto y macerado.

Ob. 306. II gráv. Parto de 9'30 h. Feto prematuro muerto y macerado.

Ob. 597. I gráv. Ligera albuminuria de emba-

razo: 0'70 grs. por mil. Parto de 6 h. Feto de 3.000 grs. muerto y macerado.

Monstruosidad fetal: 2.

- Año 1927: Ob. 213. II gráv. Parto de 21 h. Feto prematuro 2.000 gr. hidrocefalo.
- Año 1928: Ob. 111. I gráv. Parto de 2'15 h. Feto muerto y macerado, macrocefalo.

Hemorragia de embarazo y parto: 1.

- Año 1929: Ob. 418. III gráv. Tres metrorragias durante el embarazo. En el parto de 3 h., nueva metrorragia. W — Feto muerto y macerado. Placenta grande rosada y fofa.

Fetos muertos durante el parto: 25

Lúes: 1.

- Año 1927: Ob. 216. 2para W + Parto de 42 h. Feto muerto en el primer período del parto.

Apoplejia útero-placentaria: 1.

- Año 1928: Ob. 310. XII gráv. (6 prematuros, 6 de término). Apoplejia útero placentaria. Cesárea, histerectomía. Feto muerto de 3.000 grs.

Procidencia de cordón: 4.

- Año 1928: Ob. 247. I gráv. Parto de 20 h. Inercia. Procidencia de cordón. Fórceps. Feto muerto 4.200 grms.
- Año 1929: Ob. 104. I gráv. Durante el embarazo presentación transversal no versionable por intensa hipertonia uterina. Parto de nalgas. A 9 cm. de dilatación, procidencia de cordón que apenas late. Extracción rápida. Feto muerto 3.800 gramos.
- Ob. 577. III gráv. (1 aborto, 1 prematuro vivo). Procidencia de cordón. Feto muerto. Basiotripsia.
- Ob. 611. II gráv. Parto de 20 h. Laterocidencia de cordón. Fórceps. Feto muerto.

Asfixia blanca no reanimados: 7.

- Año 1927: Ob. 423. I gráv. Parto de 2 h. Se notó el corazón fetal hasta el último momento. Sin estigmas de heredo-lúes. Asfixia blanca.
- Ob. 416. III gráv. Parto de 13 h. Ligero sufrimiento fetal en el período expulsivo. Extracción de hombros laboriosa. Feto arfictico no reanimado de 4.300 grms
- Año 1928: Ob. 27. III gráv. (1 aborto, 1 feto muerto al nacer). Parto de 10 h. Fórceps por excesiva duración del período expulsivo. Feto muerto asfixia blanca no reanimado.
- Ob. 76. II gráv. Parto de 3'30 h. Feto muerto no reanimado.
- Ob. 82. I gráv. Parto de 30 h. Feto muerto no reanimado.
- Ob. 471. I gráv. 34 horas de parto. Intento de Fórceps. Versión fácil. Feto de término asfictico no reanimado.
- Año 1929: Ob. 259. II gráv. (1 aborto). Parto de 12 h. Intenso sufrimiento fetal, profundamente asfictico, no reanimado de 3.000 grms.

Hipertonia uterina: 1.

- Año 1927: Ob. 332. I gráv. Parto de 6 h. Feto muerto.

Traumatismo obstétrico: 4.

- Año 1927: Ob. 202. I gráv. Parto de 12 h. Fórceps. Versión laboriosa. Feto muerto de 4.200 gramos.
- Ob. 428. I gráv. Parto de 48 h. Incisiones de Dührssen. Extracción podálica. Sinfisiotomía. Feto muerto de 3.500 grms.
- Año 1929: Ob. 305. I gráv. Distocia por hipertonia. 59 h. de parto. Versión laboriosa. Feto de 3.400 gr. no reanimado.
- Ob. 370. III gráv. (primer parto distócico, feto muerto y segundo parto espontáneo, hijo muerto al año). Estrechez pélvica. Parto de 24'30 h. Versión laboriosa. Feto de 4.220 grms.

Hemorragia placentaria intra-partem: 2.

- Año 1928. Ob. 357. III gráv. Duración 52 h. Hemorragia copiosa intra partum (inserción velamentosa). Feto muerto de 3.500 gramos.
- Año 1929: Ob. 114. IV gráv. (2 fetos muertos a los pocos meses). Hemorragia al comenzar el parto. Duración del mismo 1'40 h. No se nota el latido fetal después de la pérdida. Feto prematuro 9.º mes 1.920 grms. Desgarro borde placentario interesando un vaso.

Síncope cardíaco: 1.

- Año 1928: Ob. 424. Ipara. Distocia por hipertonia. Versión fácil. Feto muerto al nacer, de término, por síncope cardíaco.

Distocia de cabeza última: 1.

- Año 1929: Ob. 51. IX gráv. (2 abortos, 2 hijos muertos de meningitis a los pocos meses. 4 hijos viven). Parto de 3 h. La asistente llega a la casa encontrando el parto realizado de nalgas, pero con la cabeza retenida. Mauriceau fácil. Feto muerto prematuro.

Prematuridad: 1.

- Año 1929: Ob. 225. I gráv. Gemelar. Parto de 5 días. Primer feto muerto al nacer, 2.000 gramos.

Causa desconocida: 1.

- Año 1929: Ob. 163. II gráv. Parto de 15 h. Feto muerto en el primer período del parto, de buen aspecto, 5.300 grms.

Distocia de hombros: 1.

- Año 1929: Ob. 465. II gráv. Parto de 11 h. Distocia de hombros. Feto muerto de 4.800 grms.

Fetos muertos durante los 10 primeros días: 18

Prematuridad: 4.

- Año 1927: Ob. 147. I gráv. Parto de 16 h. Feto muerto 7.º día. Prematuro. Casi no tomó el pecho.
- Año 1928: Ob. 42. I gráv. Parto de 12 h. Feto prematuro muerto a los 3 días.
- Año 1929: Ob. 45. II gráv. Duración del parto 12 h. Feto prematuro de 2.310 grms. muerto a las cinco horas.
- Ob. 62. II gráv. (Primer parto muerto y macerado, prematuro por nefritis crónica). Gemelar: primer feto vive, el segundo de 2.600 grms. muere a los 3 días.

Monstruosidades: 1.

Año 1928: Ob. 329. I gráv. Parto de 14 h. Fórceps por sufrimiento fetal. Feto anencéfalo muerto a las 10 h. (W—).

Asfixia blanca de difícil reanimación: 2.

Año 1928: Ob. 286. I gráv. Parto de 4 h. Feto asfíctico de término muerto a las 3 h.
Ob. 293. I gráv. Parto de 17'30 h. Sufrimiento fetal. Asfixia. Lloro débilmente a los 20 minutos. Muere a las 15 h. de nacido.

Meningitis: 1.

Año 1927: Ob. 389. IV gráv. (3 fetos muertos). Enferma con W—, pero tratada durante el embarazo aunque insuficientemente. Feto fuerto a los 7 días de meningitis.

Lesión meningo-encefálica traumática: 4.

Año 1927: Ob. 165. I gráv. Fórceps. Feto muerto a los 5 días por probable lesión meníngea.
Año 1928: Ob. 399. I gráv. Intento de Fórceps. Versión en extremo laboriosa. Feto de término asfíctico. Muere a las 9 h.
Año 1929: Ob. 542. I gráv. Parto de 56 h. Fórceps asfíctico, muere a los 2 días con convulsiones.
Ob. 585. II gráv. Antigua cesarizada por estrechez (C. V. 8'4). Versión. Sinfisiotomía. Feto muerto al día siguiente, con cianosis, nistagmus, edema labial.

Duración excesiva del parto: 2.

Año 1928: Ob. 458. I gráv. Estrechez pélvica (C. V. 8'1). Cesárea suprasinfisaria después de 21 h. de dolores y 1'30 h. de bolsa rota artificialmente. Sufrimiento fetal durante el parto. Feto de 3.200 grms. muerto a las 3 h.
Ob. 475. I gráv. Dilatación 60 horas. Fórceps a la vulva por duración excesiva. Feto asfíctico muerto a las 23 h.

Causa desconocida: 2.

Año 1928: Ob. 407. V gráv. Parto de nalgas espontáneo de 6'20 h. Feto de 3.800 grms. muerto a los 8 días.
Ob. 483. II gráv. (1 parto prematuro). W— Parto 15 h. Feto 3.100 grms. muerto a los 45 minutos.

Neumonía por aspiración: 1.

Año 1929: Ob. 39. III gráv. Distocia por falta de encajamiento. Versión laboriosa. Feto cuesta reanimar, 4.000 grms., muere a los 2 días por neumonía.

Disfunción cardio-pulmonar: 1.

Año 1929: Ob. 458. III gráv. (1 aborto). Parto de 9'20 h. Feto 3.400 grms. muerto a los 3 días por lesión cardio pulmonar.

Comentario a la mortalidad fetal. — El repaso de las causas que han motivado las muertes fetales, demuestra de manera fehaciente lo que en otra ocasión hemos tenido ocasión de indicar (1).

(1) S. DEXEUS FONT. "Mortalitat fetal i infantil a Catalunya". VI Congrès de Metges de Llengua Catalana. Junio de 1930.

La lúes figura en primer término entre las causas de mortalidad fetal. No solamente la lúes declarada con serorreacción positiva, sino también la presunta lúes. La única solución eficaz sería, como ya hemos preconizado, la investigación serológica sistemática en todas las gestantes.

Las toxemias gravídicas influyen notablemente en la cifra de mortalidad. El perfeccionamiento de la previsión pre-natal, el acogimiento del público a esta obra de una manera consciente, pueden disminuir esta partida.

Señalaremos también el trauma obstétrico. En las manos mejor entrenadas, cuando es exigida la resolución de la distocia, piérdese con facilidad en alguna ocasión la vida fetal. Digamos también seguidamente que las estadísticas blancas en cuanto a resultados fetales, las tenemos siempre por sospechosas. En el mejoramiento de los resultados fetales operatorios, influyen un conjunto de factores que no podemos en esta publicación evaluar. Nuestro esfuerzo se encamina a la disminución de los resultados adversos fetales.

En la mortalidad de los fetos dentro de los primeros días, podríamos influir ventajosamente con la colaboración activa del pediatra. Esta, activa en el ambiente de clínica, es ya mucho más deficiente en la práctica domiciliaria.

Asistencias a Clínica

Cuadro XIV

	1927	1928	1929	Total
Asistencias a clínica	51	88	137	276
Porcentaje	11'5 %	15'1 %	22'3 %	16'7 %

A partir del 4 de octubre de 1928, entró en funciones la Clínica Maternal de Santa Madrona, exclusivamente destinada a la asistencia obstétrica del Instituto de la Mujer que Trabaja, que hasta esta fecha se realizaba en la Clínica de Cirugía de la propia Institución. La creación de dicha Clínica exclusivamente Maternal, fué motivada, como es natural, ante el creciente incremento que tomaba la Obra Maternal y consigo el aumento de número de asistencias y por lo tanto de intervenciones, además de las apremiantes necesidades de aumentar el local de Cirugía, cada vez más exiguo en consonancia con su propio incremento quirúrgico.

Con el funcionamiento de la Clínica Maternal, aumentó rápidamente el número de asistencias en Clínica, y es curioso notar que no sólo aumentó por lo que se refiere a la hospitalización ante una distocia, sino que también creció en admirable proporción el número de ingresos para un parto normal. Seguramente influyó en esto, en primer lugar y en el segundo concepto, la idea de una asistencia clínica exclusivamente maternal que daría sin duda en el ánimo de la afiliada a la obra, un concepto de máxima asistencia y de pudorosa hospitalización, tan comprensible en una enferma y más ante

la psicología personal de sí tan complicada en las proximidades de la maternidad.

Por otra parte, el interés científico y personal del facultativo hizo, como decíamos, crecer el ingreso de las parturientas distócicas, por razón de su mejor asistencia y en miras al fruto científico cosechable en un ambiente a propósito.

Como vemos, pues, a juzgar por los datos estadísticos del adjunto cuadro, nos podemos dar cuenta de esta creciente proporción de hospitalizaciones, comparando, en primer lugar, el número de enfermas hospitalizadas durante el año 1927 y parte del 1928 y las hospitalizadas durante el resto del 28 y el conjunto del año 1929.

Hoy día podemos decir que ingresan en Clínica la casi totalidad de las distocias. En efecto, en las enfermas vistas con anterioridad en el Dispensario durante su embarazo, que por alguna causa consideramos posibles candidatas a una ulterior intervención ejercemos toda la influencia posible para convencerlas, al propio tiempo que a sus familiares—poniendo a éstos, como es natural exclusivamente, en antecedentes de una probable distocia—de su ingreso en Clínica ya antes de empezar el parto o bien a las primeras manifestaciones del mismo. En aquellos casos en que se declara distócico un parto que ha empezado y se ha ido desenvolviendo hasta este punto en el domicilio de la enferma, la hospitalización para la solución del problema es inexcusable. Sólo, y conviene anotar en este lugar, se resuelven a domicilio, aquellas distocias que por su inocuidad, o por estar el parto en un momento avanzado, requieren una intervención sencilla y rápida y aquellas en que el compromiso de la vida fetal, corriera un riesgo por el hecho de un retraso en el tiempo (en este caso, necesario para salvaguardar los intereses maternos o fetales) que representan el traslado a la Clínica con los inconvenientes propios de una exportación en estas condiciones.

Pero lo que tiene más interés, en vistas al porvenir obstétrico, es el ingreso espontáneo en Clínica, de las afiliadas para su alumbramiento supuesto espontáneo o normal. Es cada día mayor el número de afiliadas que solicitan su ingreso espontáneamente, sin la intervención moral del facultativo o de la comadrona que les corresponde, que son en este caso particular los consejeros de la evolución de su embarazo, y por lo tanto, del parto. Son en este sentido cada día menores los esfuerzos que dichos facultativos han de poner en práctica desde su tribuna del Dispensario para convencer a dichas futuras madres del beneficio que reporta una asistencia en el ambiente a propósito de una clínica ma-

ternal, como también es evidente la menor resistencia que oponen las enfermas y las familias al consejo del tocólogo ante una intervención más o menos laboriosa. Y es altamente halagüeño constatar como enfermas asistidas en clínica, normal u operatoriamente, en uno de sus primeros partos, reingresan en un parto ulterior, ya convencidas de la utilidad de su hospitalización, sin las preocupaciones que la primera vez, la falta de experiencia y de cultura médica, o los consejos de personas ajenas a los intereses científicos y vitales de la maternidad, les hizo por un momento dudar.

RÉSUMÉ

A l'occasion du présent travail les Auteurs font un commentaire statistique de la labour obstétrique développée pendant les années 1927-1929 dans l'Oeuvre Maternel de l'Institut de la Femme qui travaille. Ces commentaires se basent sur l'observation de 1640 assistences, distribuées en 1556 accouchements, 76 avortements et 8 cas gynécologiques. Dans le chiffre total des accouchements il y en a eu 172 avec intervention. Sous la forme de tableaux schématiques ils font connaître les différentes anomalies observées durant la gestation, accouchement et issue de couche, les causes qui dans les différentes dystocias donnèrent lieu à l'intervention, les traitements employés pour résoudre celles-ci, le tout suivi des commentaires que suscitérent leur étude. Viennent ensuite des tableaux de la morbidité foetale, de la mortalité maternelle et foetale, avec l'exposition de chacun de ces cas et les observations qui dérivent de l'évitabilité de ces chiffres mortels. Finalement ils donnent un commentaire sur l'assistance tocologique en clinique et ses avantages, outre la plus grande affluence que l'on observe pendant ces dernières années dans l'hospitalisation de ses affiliées.

SUMMARY

In consequence of the present work the Authors make a statistical commentary about the obstetrical labour developed during the years 1927-1929 in the Maternal Work of the Institute of working-women. Said commentaries are based upon the observations made in 1640 assistencies, distributed in 1556 births, 76 miscarriages and 8 gynecological cases. In the total cipher of births there were 172 cases in which a surgical intervention was necessary. In the form of a schematic table they indicate us the different anomalies observed during the gestation, births and confinement after parturition, the causes of the different dystocias originating such interventions, the treatment employed in order to resolve same, all this followed by the commentaries their study promoted. They give also a table of the foetal morbidity, the maternal and foetal death-rate, with an exposition of each case and the observations deduced from the evitability of those death-rates. Finally they make a commentary about the tocological assistance in the clinic its advantages and furthermore, the greater affluence observed during these last years in the hospitalization of its affiliated.