

TERCERA PARTE.

HIGIENE.

CAPÍTULO I.

Higiene de la madre.

I.

Cuidados que deben dispensarse á la mujer durante la gestacion.

Expuesto todo lo que hace referencia al mecanismo del parto, concluye la seccion propiamente fisiológica de este libro. Desde este punto, se va pasando á las cuestiones más bien prácticas, como resultado inmediato unas del parto normal tal como se ha descrito, otras como aberracion de este parto, dando lugar á problemas patológicos.

La seccion que va á ocuparnos en esta parte es la *higiene*, que tiene por objeto la exposicion y exámen de los cuidados debidos á la madre durante todo el curso de las funciones de generacion, es decir, desde la concepcion hasta el puerperio, y los cuidados que á su vez se deben al niño, inmediatamente despues que sale de la cavidad uterina. Este estudio es esencialmente práctico; es un conjunto de preceptos y reglas para el desempeño del Arte tocológica en la parte más sencilla, cual es aquella en que los hechos todos se desarrollan segun las leyes normales, lo cual hace tan trillado el camino, que no se nos presentan nunca cuestiones dificiles de resolver, ni problemas científicos elevados. Al contrario de otras secciones, aquí se llega en algunos casos hasta la nimiedad de detalles en los procedimientos que algunos escritores no han dudado calificar de necios y pueriles, pero que sin embargo son necesarios, si se quiere

que el médico tenga la educacion práctica que tan conveniente le es en el ejercicio de su profesion.

Dividiremos este estudio en tres párrafos: 1.º Cuidados de que debe ser objeto la mujer durante la gestacion; 2.º Cuidados que se le deben prodigar durante el parto; 3.º Cuidados debidos durante el puerperio.

Cuidados durante la gestacion.—La higiene de la gestacion se funda por regla general en una verdadera espectacion pasiva, en todos los casos en que marchan las cosas de una manera normal, en completa conformidad con las leyes fisiológicas. En tal caso debe aconsejarse á la mujer embarazada la continuacion de sus hábitos y costumbres normales, en la inteligencia siempre de que estos no sean intrinsecamente viciosos, pues entonces indudablemente fuera preciso sujetarlo á la ley general. La regularizacion de estos actos y costumbres, dentro los preceptos generales de la higiene, es bastante importante y bastante extenso para formar hasta un volúmen; en otra parte he tratado este asunto con la debida extension (1), aunque no para uso de los médicos, sino para el uso simple y manual de las mismas interesadas, por lo que me limitaré aquí á las nociones generales, pero puramente médicas, que pueden referirse á ese periodo de la gestacion.

Existen en la casi totalidad de mujeres embarazadas sintomas que parecen morbosos, manifestaciones funcionales que parecen aberraciones, y que aunque en realidad solo constituyen insignificantes desvíos de la ley comun, multiplicados subjetivamente por la susceptibilidad nerviosa de la mujer, producen sin embargo bastante molestia, para que exija que la libren de ellos, y á esto es llamado el médico. Sufre la mujer casi constantemente vómitos y otras alteraciones de las funciones digestivas, sufre mareos y á veces verdaderos síncope; en otros casos son agobios, dificultades en la respiracion, sensacion de calor; en una palabra, todo el conjunto de fenómenos que en el capítulo *gestacion*, hemos expuesto como propios de ese estado, y consideramos como efecto de dos distintas causas; la participacion del sistema nervioso en el cambio experimentado por el organismo, y la alteracion profunda sufrida por la sangre en su composicion química. Es muy comun ver que los cuidados higiénicos más sencillos, como es el órden en la alimentacion, en el ejercicio

(1) Calendario de la preñez é higiene de la mujer en cinta.—1874.

activo y en la conduccion de las impresiones morales, dominan la situacion y corrigen aquellos estados, que todo lo más podrán exigir una medicacion sencilla antiespasmódica, pero nunca, como no pasen á ser accidentes patológicos, necesitarán de una medicacion enérgica y perturbadora. Sin embargo, ha prevalecido durante mucho tiempo la idea de que la sangría era la panacea de todas las incomodidades del embarazo; y no en el sentido de medicacion enérgica destinada á oponerse á grandes trastornos orgánicos, sino como simple medio manual, como *medida previosa* para evitar grandes complicaciones, que la misma mujer se ordenaba todas las veces que lo creia necesario. Esta costumbre, hija de las doctrinas médicas dominantes, ha caido en desuso despues que la química ha puesto en descubierto la verdadera composicion de la sangre, y son tan cortos los casos en que debe recurrirse á la sangría, y estos de tal naturaleza, que podemos considerar ya el procedimiento como excepcional. Admitidas las doctrinas experimentales, que son la base de nuestros conocimientos, no podemos admitir este, ni otros muchos tratamientos empiricos, que solo pertenecen ya á la historia (1).

Fuera de esto, la accion del médico es la de un simple consejero, y conforme á las leyes generales de la Higiene, dirigirá los hábitos de su cliente, prohibiendo los ejercicios bruscos, como el baile, la equitacion: y los viajes largos en carruaje, aconsejando que evite las impresiones tristes de ciertos espectáculos, y teniendo cuidado sobre todo de procurarle la mayor tranquilidad de espíritu. La mujer teme siempre, y con cierta razon, el parto, y si algo la tranquiliza, es la confianza que deposita en el médico. Hágase, pues, éste merecedor de obtenerla completa, presentándose ante ella, en las visitas que debe hacerle durante los últimos meses de la gestacion, como hombre inteligente, seguro del buen resultado del parto, y con una serenidad alegre, huyendo empero todo lo que sea vanidad necia, y vulgaridades irracionales. Deje para las comadres esas prácticas tontas, esas profecias inverosimiles que son la comidilla de las mujeres, y trate de infundir á la que está en cinta una verdadera tranquilidad, fundada en la despreocupacion y en la verdad científica.

El médico debe aprovechar las visitas de este período para irse enterando de las condiciones orgánicas del individuo á quien

(1) Ya se deja comprender que nos referimos á la sangría como medio preventivo ó higiénico, no en cuanto esté realmente indicada por un estado patológico de la gestacion.

tiene que asistir, tratando de ver por la simple inspeccion primero, y luego, cuando la oportunidad se presente, por un exámen más detenido, el estado del esqueleto. De ordinario los vicios de la pélvis se reflejan en otras partes de aquel, y los miembros inferiores sobre todo acusan casi siempre las deformaciones pélvicas. Si la inspeccion ordinaria del sujeto hiciese sospechar esto, puede luego, á pretexto de explorar el estado del abdómen, examinar la pélvis por medio de la palpacion y ver si se confirman las sospechas, en cuyo caso podrian tomarse las oportunas providencias para evitar las consecuencias funestas de un parto distócico. Si no es el primer embarazo, y el médico no la ha asistido personalmente en los demás, se enterará del resultado de estos, y de los caracteres que revistió el parto, pues á menudo son de utilidad estas referencias para formar un juicio aproximativo de lo que puede suceder en el caso presente.

II.

Cuidados durante el parto.—a—Preliminares.—b—Conducta durante el período de dilatacion.—c—Idem en el período de expulsion.—d—Período de alumbramiento.

—a—*Preliminares.*—Hay una porcion de cuestiones y detalles que se deben resolver antes del parto, y constituyen los preliminares del mismo. El profesor, cuyas dotes no entraremos á discutir, (porque siempre nos ha parecido pueril la descripcion de las que deben adornarle para un caso dado, y basta para este, que sepa su obligacion como médico, y quiera cumplirla como debe), es preciso que, previendo todo lo que puede acontecer, haya dado las órdenes oportunas en la casa con bastante anticipacion, tanto para el cuidado de la madre, como del niño que deberá nacer, y él mismo, al ser llamado, vaya provisto de los instrumentos y medios que pudiesen serle necesarios. Con respecto á lo primero, habrá dispuesto que se arregle la habitacion ó cámara de parir, conforme luego diremos, y que se tenga arreglada la canastilla con las ropas y envolturas para el recién nacido. Deberá haber dispuesto tambien jofainas con agua fria y caliente, una bañera de asiento, toallas, esponjas, sabanillas, compresas, algodón en rama, aceite, etc., todo lo cual una casa bien ordenada, lo tiene convenientemente arreglado cuando llama al médico. En cuanto á lo que él debe llevar, se reúne en la llamada

bolsa ó cartera de partos. La completa consta, de un forceps, de un gancho agudo y romo, de unas tijeras-embrióto, de unas pinzas para extraccion de la placenta, de una sonda metálica de mujer y otra de hombre, un perforador de las membranas, un porta-lazos, un tubo laríngeo para la respiracion artificial del niño, un molinillo para la trituracion del cornezuelo; tres frascos, uno conteniendo cornezuelo de centeno de la cosecha del año, otro Láudano de Sydenham, y el tercero, cloroformo; finalmente, cordonetes de seda ó de hilo convenientemente dispuestos para la ligadura del cordon. A esto añaden algunos un cefalótribo y un aparato para la provocacion del parto prematuro. Como este conjunto constituye una bolsa muy pesada, se ha simplificado, dejando aquella para cuando el profesor sale fuera de la poblacion, y supuesto que dentro de esta puede fácilmente proporcionarse los instrumentos que necesite, se reduce la habitual á una cartera de cirugía, que aparte los instrumentos ordinarios, contenga los tres frascos, el tubo laríngeo, las algalias, el perforador de las membranas y los cordonetes. Con esto tiene bastante para los partos ordinarios y normales.

Una de las primeras diligencias que debia llenarse es disponer la *cama de parir*, y decimos esto, porque aun cuando la mujer puede parir sentada y hasta de pié, creemos que lo mejor en los casos ordinarios y normales, es que pára acostada. Desechamos en principio toda clase de sillas y sillones, y los aparatos que en todas épocas se han inventado, por considerarlos inútiles é incómodos, cuando no perjudiciales. La mujer que va de parto, y se entiende siempre en los casos normales, no necesita estar violentada en una posicion determinada hasta tanto que empiece el periodo de expulsion; se le puede, pues, permitir que cambie á gusto de postura, y cuando llegue el momento oportuno hacerla acostar. La cama puede disponerse ó en la misma que ha de ocupar luego despues del parto, ó en otra de *quita y pon*, desde la cual pasa luego á la definitiva. En el primer caso, despues de dispuesta la cama conforme debe quedar para el puerperio, con sus correspondientes sábanas dobladas al través, impermeable, etc., se pasa debajo del primer colchon una tabla de largo igual al ancho de la cama, y de un ancho de 40 á 50 centímetros, y en el punto en que corresponde apoyar las caderas, se coloca cuando la mujer se acueste, una almohada algo dura, de decímetro y medio de grueso. El objéto de esta es evitar que se hunda el plano en que descansa el cuerpo, al propio

tiempo que se facilita sostener el periné. Cubriendo toda la cama se coloca á su vez un extenso impermeable, al cual se fijan una sábana sencilla y otra doblada al través, las cuales recojen los líquidos que se escapan por la vulva y se consigue despues del parto fácilmente la limpieza, con solo retirar el impermeable con las sábanas que tiene fijas. Cuando no se quiere habilitar esta cama, se puede armar otra pequeña al lado, ó á los piés de la primera. Esta, que se procurará sea lo más fácilmente manejable que sea posible, se compondrá de un jergoncito y un colchon, y si fuese cama de lona, solamente del segundo; se colocará igualmente debajo de este colchon la tabla que indicamos en el caso anterior y se cubrirá con el impermeable y las correspondientes sábanas. A prevencion habrá el número suficiente de almohadas para formar el espaldar de mayor ó menor inclinacion segun exijan las circunstancias. Algunos se limitan á tender en el suelo un jergon y colchones, formando el espaldar con sillas y almohadas apoyadas en la pared. Este sistema lo juzgamos inconveniente, sobre todo para los que han de asistir al parto, que se ven obligados á andar por el suelo y difícilmente pueden practicarse ni las más sencillas exploraciones. Lo más conveniente y sencillo es montar en la misma cama que debe ocupar la parida, la cama de parir, cuidando que no esté muy alta, para que sea fácil el acceso á ella: la ventaja principal que tiene es que despues del parto la mujer no tiene que sufrir traslacion ninguna, lo cual le evita un gran cansancio, y no pocas veces un verdadero peligro. Una de las cosas que deben disponerse préviamente, es fijar las personas que han de asistir á este acto. Por regla general cuanto menos son, mejor: la madre y el marido de la parturienta si tienen suficiente valor, y en su defecto una persona allegada, bastan, y luego una ayudanta, siendo las designadas para este caso las matronas, cuya práctica es de utilidad suma para auxiliar al profesor y evitarle muchas pequeñas atenciones que aquella puede desempeñar.

Dispuesto todo lo que precede, puede decirse que se halla prevenido, no solo lo que se necesitará para un parto normal, sino lo preciso para el caso de presentarse dificultades, pues la cama tal como la hemos descrito puede habilitarse muy fácilmente para las operaciones obstétricas.

Periodo de dilatacion.—Llegado el profesor al lado de la parturienta, es preciso que ante todo se cerciore de si realmente ha empezado el parto. Para esto no es preciso pasar inmediatamente

á la exploracion vaginal. Como esto repugna siempre á las mujeres, debe prescindirse lo más que se pueda de ello, y por lo mismo no empezar la visita con la exploracion; el aspecto total de su organismo, la manera como se producen los dolores, su frecuencia y su duracion, las mutaciones de la fisonomía, son bastantes ordinariamente para dar una idea del estado del parto, para conocer si se trata de ese período lento y poco progresivo que llamamos prodrómico, ó del verdadero período de dilatacion. En cuanto se hayan hecho estas observaciones, y se haya, por decirlo así, establecido cierta confianza, se pasará á explorar primero el abdómen durante la contraccion, para apreciar la intensidad y extension de este, y luego por el tacto vaginal para apreciar principalmente dos cosas: 1.º la presentacion; 2.º el grado de dilatacion del cuello. Conocido esto, á cuyo fin se hará la exploracion durante la contraccion, (*V. proc. explor.*), conformará el médico su conducta al resultado de sus observaciones. Si se trata de una primípara, que lleva aun poco tiempo de haber empezado los dolores, es de creer que la cosa irá despacio, y si la dilatacion del cuello es poca, y despues de algunos dolores se vé que apenas adelanta, puede dejarse y volver á la casa trascurridas dos ó tres horas, cuidando siempre al retirarse de dejar las señas del punto donde podrá encontrársele, y el encargo de que se le avise, si rompieren las aguas. En las pluríparas, no es dable abandonar á la parturienta, aun en este primer período, porque suele ser mucho más corto y á veces dá poco tiempo, por lo cual, apreciando préviamente el estado del cuello y la actividad de las contracciones, hará bien el médico en no dejar la casa como no sea por muy corto tiempo.

Durante el período de dilatacion nada puede hacer el profesor, y así resulta un papel algo desairado, sobre todo si se prolonga algun tanto. En este caso debe buscar recursos en su educacion y en su imaginacion para conseguir un objeto, algo difícil, es cierto, pero sumamente importante: el de hacer que trascurra el tiempo insensiblemente y animar el espíritu de la paciente. Una conversacion agradable, de la cual debe excluirse toda referencia á partos laboriosos, y toda chocarrería de mal gusto, pero no el chiste decoroso, es lo que más llena este objeto, adaptándose siempre á las condiciones propias de la clase á que pertenezca la cliente. Una mujer de cierta educacion y de mundo, encontrará verdadero consuelo en conversaciones interesantes, y se distraerá con que se le hable de la sociedad que frecuenta, de

sus relaciones y hasta de los objetos que están á la órden del dia en las reuniones de buen tono. A una mujer de clase inferior se la distrae hablándole de los asuntos de su oficio, y se la consuela con vulgaridades de que se reiria otra de mejor educacion. En este estado, y en general durante todo el parto, suelen hacer explosion los sentimientos religiosos, aun de las que menos preocupadas se hallan en este concepto, llegando esto á veces hasta un grado extremo. Guárdese el médico de oponerse á ello, ni de hacer burla de prácticas, que serán si se quiere necias, por lo menos segun el criterio mundano, pero que en aquel momento sirven de alivio verdadero al sufrimiento, y levantan notablemente el espíritu. La verdadera despreocupacion consiste en la tolerancia para todas las opiniones y todos los prejuicios, y esta tolerancia, que debe tenerse en toda ocasion, debe más que nunca ponerse en práctica con la mujer, que, si siempre merece la atencion deferente del hombre, en aquel momento penoso y crítico es digna hasta del sacrificio. Por otra parte, un médico incrédulo y escéptico que siempre es mal visto, seria, y con razon, rechazado en aquellos instantes en que el sufrimiento y el peligro en que se encuentra un sér tan interesante, llama, aunque no se quiera, á levantar los ojos al cielo, y no á divorciarse de Dios. El régimen que durante este periodo debe guardar la mujer, será severo, sujetándola al uso de bebidas tibias, y de algunos caldos animales á proporcion de la necesidad que sienta.

Despues de las primeras exploraciones, y durante todo el trabajo, se pregunta con interés al médico sobre la marcha de este, y se le apremia para que formule su pronóstico. Es preciso en este caso medir mucho las palabras y ser muy sóbrio en juicios; «nada hay más sujeto á variaciones, más caprichoso y engañador, como decia Lamotte, que el parto, y el que empezó con los mejores auspicios se hace repentinamente dificultoso, prolongándose otras veces extraordinariamente el que en un principio se creyó de rápida terminacion.» La regla, pues, será la reserva más completa en punto á pronóstico.

Periodo de expulsion.—En cuanto empieza este tercer periodo ya no será tan pasiva la asistencia médica. De ordinario la ruptura de las membranas suele indicar la entrada en él; pero como esto no es constante, como en algunas mujeres permanecen integras hasta los últimos momentos de la expulsion, y en muchas, al contrario, se rompen prematuramente, es menester buscar un signo del cambio de contracciones en el carácter externo del do-

lor, que, como digimos á su tiempo, es distinto en las contracciones expulsivas, y sobre todo cerciorarse por medio del tacto, de la dilatacion completa del cuello. En cuanto se compruebe esto, si la pélvis está bien conformada, y los dolores son regulares, conviene ya hacer que se coloque la parturienta en la cama en que debe librar, para no exponerse á tener que efectuarlo luego con demasiada precipitacion. Colocada en su cama, el médico ocupa el lado derecho de la misma; si la cama es baja, puede estar sentado, y asi sin molestia podrá con su mano derecha practicar los reconocimientos que convenga. Al acostarse la mujer lo hará poniéndose las ropas interiores que debe conservar despues del parto, pero levantándolas hasta debajo de los brazos para evitar que se ensucien; se pondrá una enagua flojamente sujeta á la cintura, y encima de todo una bata anchurosa que pueda fácilmente sacarse por los piés. Conviene siempre colocar entre los muslos delante mismo del periné, una esponja grande para que vaya empapándose de los líquidos que salen por la vulva, é impida que se encharquen en la cama. Segun sea la estacion del año, se abriga con una manta más ó menos lijera, teniendo siempre á mano algo con que aumentar el abrigo si fuera preciso.

Inmediatamente de rota la bolsa, el profesor practica un reconocimiento detenido para hacerse cargo de la posicion, ó para ratificarse en el diagnóstico de esta, caso que la hubiese podido reconocer anteriormente. Despues de esto conviene tambien practicar de cuando en cuando el tacto para asegurarse de que la presentacion progresa en su descenso. Si la marcha del parto es regular, no se presentan dificultades y termina con bastante rapidez; entonces la mujer permanece quieta en la cama, pero sin necesidad de que se violente guardando una posicion forzada, que no es de necesidad hasta el tiempo del desprendimiento, aconsejándole siempre que no haga esfuerzos excesivos, hasta que este último se presente. Si los dolores disminuyesen, como muchas veces sucede despues de la ruptura de la bolsa, se le puede permitir que deje la cama y dé algun paseo por la habitacion, lo cual basta ordinariamente para volver las cosas á su normalidad, en cuyo caso ocupa otra vez su puesto en la cama. Ya en esta, puede guardar el decúbito dorsal, ó el lateral. En el primer caso, que es lo ordinario en nuestro pais, se procura levantar bastante la espalda por medio de almohadas, lo cual hace más cómoda la postura, y facilita los esfuerzos; los muslos permanecen algo levantados, apoyando los piés, ya sobre una almohada convenien-

temente colocada, ya sostenidos por dos asistentes. Si se adopta el decúbito lateral, se procura que sea el izquierdo, con lo cual el profesor puede maniobrar sin abandonar el lado de la cama que ocupa, y entonces aproxima las caderas al borde de ella, los muslos se colocan en flexion, y se mantienen separados uno de otro por medio de una almohada doblada, con cuyo medio queda perfectamente despejada la region perineal para el momento de la salida definitiva del feto. Algunas veces recurrimos á esta postura para proporcionar alivio á los sufrimientos que ocasionan los dolores excesivos, irregulares é ineficaces, siempre más sensibles con el decúbito supino. Cuando la cabeza del feto llega al periné, entonces debe intervenir el profesor para garantizarlo; á este fin lo sostiene, si se halla la enferma en el decúbito supino, pasando su mano derecha por debajo del muslo derecho convenientemente levantado, la palma de la mano se aplica contra el periné, correspondiendo el borde radial del índice á la comisura posterior de la vulva y apoyando el pulgar sobre la rama isquiopúbica derecha. A medida que la cabeza vá dilatando el anillo vulvar, se aprieta contra ella el periné de manera que este sufra menos dilatacion, y al propio tiempo se favorece el movimiento de extension de la cabeza, que se desliza más fácilmente sobre aquel. En el decúbito lateral se aplica tambien la palma de la mano derecha, de suerte que el pulgar se apoye sobre la rama isquiática derecha, y el borde radial del índice sobre la del lado opuesto, viniendo á salir entonces la cabeza entre la comisura formada por estos dos dedos. Se aconseja por algunos como medio más eficaz para garantir el periné, la compresion directa de la cabeza por su parte correspondiente al vértice de la arcada, de modo que se contrareste el empuje de las contracciones, facilitando como por el procedimiento anterior el desprendimiento de la cabeza. En cuanto esta ha salido, la misma mano que sostenia el periné la recibe, acaba de desprenderla con suavidad, y pasa á reconocer inmediatamente si rodea el cuello algun circular del cordon, en cuyo caso procura deshacerlo haciéndolo pasar por encima de la cabeza, tirando del extremo placentario. Mientras la cabeza verifica la rotacion externa se la sostiene, y luego se la levanta suavemente para facilitar el desprendimiento del hombro posterior. Sí esto se hiciere difícil por el mucho diámetro del pecho, no hay inconveniente en ir á buscar la axila que á él corresponde, coger el brazo y extraerlo haciéndole recorrer el periné y pasar por delante la cara del feto, con lo cual, disminuido el volúmen del

pecho, es rápidamente expulsado todo el cuerpo. Ya en este momento está terminada la expulsión y debe pasarse á los primeros cuidados del recién nacido.

Todo lo dicho se refiere á las presentaciones de vértice; pero es preciso tener en cuenta que en las demás presentaciones, aunque normales, cambia algo la intervención del médico. En las presentaciones mismas de vértice, pero en posición occípito-posterior persistente, es de mucha mayor importancia el sostenimiento del periné, porque corre este más riesgo de romperse, y es preciso favorecer el desprendimiento por el mecanismo normal, ayudando á la flexión forzada de la cabeza.

En la *presentación de nalgas* todo el peligro consiste en la compresión del cordón por la cabeza del feto, cuando este no se desprende, y de consiguiente el peligro será tanto menor cuanto más pronta sea la expulsión. El primer principio de conducta será, pues, no precipitar la marcha del parto en el período de expulsión del tronco, á fin de que se conserve la regularidad y la energía de las contracciones para el tiempo de expulsión de la cabeza, y vice-versa cuando llegue este, hacer que la parturiente contribuya con las contracciones voluntarias de los músculos abdominales á su más rápida conclusión. La parturiente guardará el decúbito supino; una vez salido el cuerpo, no debe tirarse de los pies para apresurar la marcha, pues esto ocasiona muchas veces la extensión de la cabeza, lo cual es una complicación; lo que importa es aflojar el cordón tirando nuevamente de él, á fin de que no esté tirante, y colocarlo en su paso por el estrecho superior, como sea posible, en el sentido del diámetro menor de la cabeza, es decir, frente á su región temporal, que es en donde queda más espacio. Si al salir las nalgas se observa que el feto está *montado sobre el cordón*, es decir, que pasa este entre sus muslos, se tira del extremo que sube por el dorso y se afloja también por este medio. A medida que sale el tronco, se envuelve en un lienzo caliente, y en cuanto la cabeza llega al periné, no debe sostenerse este, sino levantar el cuerpo, llevándolo hácia el plano abdominal de la madre, con lo cual se facilita el desprendimiento. Si las fuerzas expulsivas ayudadas de las contracciones voluntarias, no fueran bastantes para expulsar la cabeza, se procederá á su extracción artificial, de la manera que se dirá en el capítulo de las operaciones tokurgicas.

En las *presentaciones de cara*, también consiste el peligro en

la duracion del trabajo, por cuya razon conviene, como en el caso anterior, economizar las fuerzas durante la dilatacion, procurar que se retarde lo posible la ruptura de la bolsa, practicando el tacto con sumo cuidado durante el tiempo de relajacion, y si las contracciones fuesen sobrado enérgicas en el decúbito supino, cambiarlo por el lateral. Una vez rota la bolsa, debe guardarse sumo cuidado en la exploracion interna por no lastimar los ojos, que, siendo la parte más accesible, pueden fácilmente ser contundidos con el dedo. Sabido es que el trabajo es largo precisamente por el mucho tiempo que necesita la cabeza para verificar la rotacion; conviene, pues, no precipitarse, y en el tiempo de desprendimiento, favorecerlo por la presion suave del periné, cuyo deslizamiento sobre la frente se facilitará con esta sencilla maniobra, que no debe emprenderse hasta que se inicie formalmente la flexion.

Terminada la salida del feto, debe explorarse el estado de la matriz, por medio de la palpacion, para observar si se reduce de una manera conveniente, y caso de que no suceda, ver si existe un segundo feto. Si la exploracion externa acusa una persistencia en el abultamiento de la matriz, se pasa á la interna para cerciorarnos cumplidamente de la situacion, reconociendo la existencia del feto gemelo por la presentacion, y casi siempre por la formacion de una segunda bolsa amniótica. Entonces no se advierte bruscamente á la madre de lo que pasa, porque esta noticia suele causarles mala impresion; se le recomienda la quietud y se pasa á la ligadura del cordon, haciéndola doble y con particular esmero del lado de la matriz antes de cortarlo. Mientras se atiende al feto venido, si no aparecen nuevos dolores, se deja á la madre, hasta que estos se formalizan, y en el entretanto se reconoce bien la presentacion y posicion del segundo feto. Una vez formalizados, se le entera de lo que pasa de la mejor manera para no impresionarla, y se asiste el segundo parto al igual que se hizo con el primero. Si los dolores no aparecieren, no debe practicarse cosa alguna para violentarlo; se hace acostar cómodamente á la enferma, y se aguarda á que se establezca normalmente el parto. Como en estos casos suele al final resentirse del cansancio de la matriz, para evitar una inercia que perjudicaria para el alumbramiento, es prudente prevenirla administrando una dosis de cornezuelo de centeno (0'50 gr.) al terminar la segunda expulsion, con lo cual se provocan contracciones activas que facilitan la más rápida expulsion de la placenta. No

debe tirarse del cordón por ningún estilo, y para extraer las placentas de la vagina, cojerlas directamente una después de otra como en los casos normales.

Periodo de alumbramiento.—Después del parto, trascurren algunos minutos de descanso, y una nueva contracción basta para expeler la placenta. Cuando así acontece, la intervención se limita á colocar la mano delante de la vulva, y en cuanto aquella aparece entre sus labios, cojerla de lleno y con mucha suavidad completar su extracción. Si no existe hemorragia, no debemos agitarnos por que se retarde un poco la expulsión, habiendo ocasiones en que tarda algunas horas sin peligro ninguno. Sin embargo, como esto preocupa algo á la enferma, puede después de transcurridos quince ó veinte minutos, hacerse algo para apresurarlo. De ordinario se inicia espontáneamente la expulsión porque la matriz forma un bolo de mucha dureza encima el hipogástrio; en este caso una tracción suave por el cordón facilita que sea expulsada. (Fig. 62.^a) Si aquellas con-

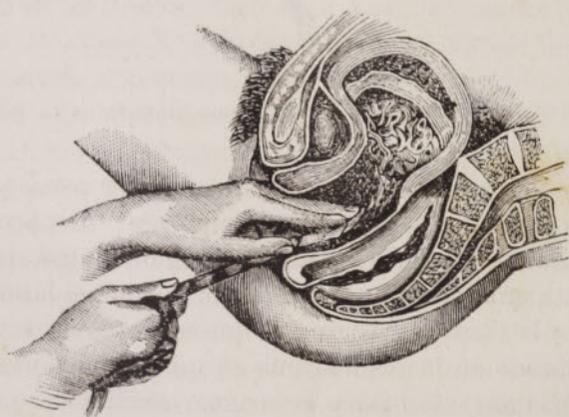


Fig. 62.^a—EXTRACCION MANUAL DE LA PLACENTA.—Procedimiento para los casos en que no existen adherencias anormales de este órgano. La mano izquierda introducida en la vagina sirve de polea de reflexión al cordón, del cual tira metódicamente la mano derecha.

tracciones no se presentan, el mejor medio de excitarlas es una lijera frotación sobre el vientre, y en cuanto empieza la contracción favorecerla por la *presión*. Para practicarla se aplican las dos manos extendidas sobre el fondo del útero y se comprime moderada, pero sostenidamente hácia abajo, ejerciendo una verdadera fuerza impelente [*vis á tergo*], único caso en que

es de una eficacia verdadera, y de consiguiente de utilidad indudable ese sencillo procedimiento. En cuanto llega la placenta á la vulva se extrae de la manera ordinaria. (Fig. 63.^a)



Fig. 63.^a—COMPLEMENTO DE LA EXTRACCION MANUAL DE LA PLACENTA.

Terminado esto, entran los cuidados de aseo y limpieza (*toilette* de la recién parida). Debe empezarse por lavar bien la region genital externa, los muslos y la region glútea, que se halla manchada. Examínase si está íntegro el periné, si la matriz se ha contraído, y la cantidad de sangre que sale por la vagina. Si la mujer ha librado en la misma cama en que debe permanecer, se deslizan hácia abajo la bata y la enagua, sacándolas por los piés y dejándolas encima de la sábana al través, retirase la almohada de debajo las nálgas y el impermeable que arrastra consigo los paños, la esponja y los vestidos y queda colocada la enferma encima de las sábanas limpias. Sepárase á su vez la tabla que se colocó debajo del colchon; se hace descender la camisa que permanecia debajo de los brazos y se la cubre enseguida con un juego limpio de sábanas y cobertor, que se calienta préviamente si la estacion rigurosa del frio lo exige. Luego se colocan delante las partes genitales lienzos blancos y suaves en varios dobleces para que vayan recogiendo los productos de la matriz y se pueda así saber la cantidad y calidad de los primeros loquios.

Se le manda la quietud y que mantenga los muslos unidos y lijeramente doblados sobre el abdómen.

En caso de que el parto se haya verificado en una cama distinta, despues de hecha la limpieza y corrida hácia los piés la ropa sucia, se aproxima esta cama á la ordinaria y se la traslada á ella con el mayor cuidado, evitando las sacudidas, los golpes y el enfriamiento, por lo cual conviene que conserve los abrigos que tenia durante el parto. Como se comprende bien, esta maniobra no siempre es fácil, siendo pocas las mujeres que se hallan en disposicion de trasladarse por sí solas á la cama, exigiendo ser colocadas en ella á brazos por los asistentes.

III.

Higiene del puerperio.

Una vez se ha completado el parto, queda la mujer en un estado que puede perfectamente calificarse de enfermedad, pues si bien es cierto que son de órden fisiológico normal los fenómenos que entonces se realizan, debe tenerse en cuenta que, por una parte ha sufrido un cansancio y un desvanecimiento de influencia nerviosa, que necesitan para reponerse una gran reaccion, y que por otra existe en la matriz un trabajo de eliminacion y de reorganizacion que no en valde se ha comparado al estado de una herida ó de un traumatismo, en vias de reconstitucion. En este sentido debe sujetarse la puérpera á un régimen, bajo cuya influencia se garantiza el desarrollo normal de todos los fenómenos propios de tal período, y se evitan las complicaciones, y las perversiones que constituyen graves estados patológicos.

Lo primero que la mujer necesita en cuanto ha concluido el trabajo del parto es descanso, necesidad que descubre la naturaleza por medio del sueño que la acomete en aquellos momentos. Así es que terminada su colocacion en la cama, y la limpieza, y despues de tomar una pequeña cantidad de alimento líquido, (un caldo animal), se la dejará en completo reposo á fin de que concilie el sueño, procurando no turbarle en manera alguna, para lo cual si el recién nacido llorase, se le sacará de la estancia, porque basta su llanto para quitarle á la madre hasta las ganas de dormir. Ordinariamente no sucede esto, y el niño lo mismo que su madre concilia rápidamente el sueño en cuanto

se le deja limpio y abrigado en su cuna. Se procurará que la habitacion que ocupa permanezca en una temperatura uniforme de 20° C próximamente, pero evitando calentarla directamente con braseros, chimenea, etc. La temperatura debe procurarse por irradiacion de otra inmediata. Durante las primeras horas que siguen al parto, es prudente que el médico no abandone á la recién parida, ó que, si se retira, deje cerca de ella una persona competente para enterarse del estado del aparato genital. Muchas veces una retraccion incompleta del útero, ó una inercia tardía permiten la salida de sangre, que pareció muy poca al principio, en unas proporciones alarmantes, tomando la hemorragia un aspecto sério y que pone en grave riesgo los dias de la mujer. Es esto tanto más temible cuanto que no siente ella ninguna incomodidad, el sueño la impide reconocer la notable pérdida que está sufriendo y el estado anémico que se va estableciendo la constituye pronto en un profundo letargo. Así se procurará durante las primeras horas observar la sangre que se desprende, lo cual se reconoce fácil y exactamente por el exámen de los lienzos que se van cambiando, y si se notare que es excesivo el flujo, podrá con tiempo acudirse á remediar ese estado de cosas. En este particular ha de tenerse en cuenta cuando se trata de plúriparas, lo que ha sucedido en partos anteriores, que puede muy bien servir de norma para calcular lo que podrá suceder en el presente. Algunas veces es ya ordinario en una mujer el que pierda mucha sangre en cada parto; la inocuidad de este hábito deberá reconocerse por su influencia en el estado general, puesta de manifiesto sobre todo en el pulso.

El abrigo que se dé á la mujer parida ha de ser proporcional al clima y á la estacion, pero nunca excesivo con el fin de promover una transpiracion abundante que para nada hace falta. Es costumbre laudable el sujetar el abdómen despues del parto con una cintura ó faja, que llena dos objetos: 1.º hacer menos sensibles los entuetos; 2.ª ayudar á la reduccion de la matriz y más directamente á la de las paredes abdominales. Al principio se apretará poco; pero más tarde podrá aumentarse la presion para mejor conseguir el fin propuesto (1).

Durante las primeras veinticuatro horas guardará la púerpera la más severa quietud, y no se la debe dar otra alimentacion que caldos animales á proporcion de la necesidad que sienta, y

(1) Simpson decia con mucha propiedad; *usar, pero no abusar de la faja y la compresion.*

alguna bebida para calmar la sed, que suele ser muy grande al principio. El agua azucarada sirve perfectamente á este objeto. Al segundo dia, se pueden dar ya los caldos más á menudo y más succulentos, y si no aparece reaccion ninguna, y la mujer quiere criar, no hay inconveniente en concederle alguna sopa feculenta. Esta alimentacion va aumentando sucesivamente, y á los tres ó cuatro dias el régimen es exactamente el de un enfermo en completa convalecencia; caldos, sopas, carnes asadas, pescado blanco, y vino aguado como bebida, excluyendo únicamente las sustancias flatulentas, y los estimulantes. Durante mucho tiempo se ha establecido como principio una severa prohibicion de tomar alimentos durante los primeros dias, empezar luego por lijeros caldos, y no establecer una alimentacion completa hasta despues de los ocho dias, guardando luego la prohibicion absoluta de muchas clases de sustancias hasta pasados los cuarenta. Esto último es una preocupacion que molesta; lo primero es una exageracion, que puede fácilmente producir pésimos resultados. Encuéntrase la mujer con que ha sufrido pérdidas materiales grandes en su organismo, y que sigue perdiendo positivamente por la secrecion de su matriz, y en vez de proporcionarle racionalmente los medios de subvenir á aquellas pérdidas y procurarse el restablecimiento, se cierra la entrada á los elementos nutritivos. De aquí estados anémicos, que entretienen largamente la convalecencia puerperal y hacen peligroso ese periodo. La razon en que se apoyaba aquella conducta, era en la necesidad de disminuir la intensidad de la fiebre de leche, pero sabiendo ya que esta no existe como hecho patológico, y que el movimiento de reaccion puramente fisiológico que acompaña al establecimiento de la secrecion láctea, se regula perfectamente con solo desingurgitar la glándula, se comprende que aquella conducta no es racional, siempre y cuando el puerperio discurre de una manera normal. Esto no es sin embargo caer en el extremo opuesto, que algunos tocólogos han preconizado, y que consiste en sujetar las paridas al mismo régimen en absoluto que las mujeres sanas, práctica seguida en algunas clinicas, más como experimentacion, que como regla normal. Los resultados ciertamente no han sido malos, y de ellos se desprende que en general el puerperio ha marchado bien, y el restablecimiento ha sido rápido. Debe tenerse en cuenta sin embargo las condiciones especiales de los sujetos y de la localidad que se reúnen en aquellas observaciones y que son muy distintas en la práctica civil. No se

olvide lo que antes se ha dicho, que el estado de la recién parida es, si no de enferma, de convaleciente, y procúrese no debilitar sus fuerzas con la falta de alimento, pero tampoco exponerla á las consecuencias de una indigestion, ó de un trabajo excesivo de sus funciones de asimilacion.

Es muy comun ver en las familias la práctica rutinaria de dar á las puérperas grandes cantidades de bebidas calientes, consistentes de ordinario en diversos cocimientos, que varían en cada pueblo, pero entre los cuales predominan las tisanas de culantrillo, flores de tilo, etc. Esta es tambien una mala costumbre; tal cúmulo de bebidas producen localmente una relajacion notable del estómago, que algunas veces llega hasta la gastralgia, y luego dan lugar á sudores copiosos que no sirven mas que para disminuir las fuerzas de la paciente sin ningun objeto. Hay más; en muchas ocasiones, y particularmente cuando la enferma tiene predisposicion á las afecciones cutáneas, se producen erupciones á veces de carácter pruriginoso y miliar, que incomodan grandemente y constituyen una complicacion, cuando menos incómoda, ya que no sea origen de enfermedades sérias (1). Las bebidas, pues, deben limitarse al agua azucarada, el agua de Seltz y el agua lijeramente vinada, administradas á la temperatura del ambiente, á menos que se tratase de un pais excesivamente frio. La atmósfera de la habitacion se renovará todos los dias, y las ropas de la cama se mudarán con mucho cuidado, haciéndolo de manera que la mujer no se enfrie, y los paños que directamente se colocan delante las genitales para recoger los loquios, deben quitarse así que se encuentren algo embebidos. Cada vez que se retiran estos paños, se lavarán las partes con una esponja mojada en agua templada. Con esta asidua limpieza se consigue que la cama no huelga mal, y se evitan las consecuencias de la infeccion (2).

La recién parida debe dar el pecho al niño, suponiendo que quiere criarlo por sí misma, seis ó siete horas despues del nacimiento. Para esto empezará por limpiar cuidadosamente con agua tibia el pezón y la areola, y despues de bien seco lo dará al infante. En estos primeros ensayos no hace este mas que desobstruir los conductos galagtóforos, y sacar cuando más pequeñas cantida-

(1) En una epidemia de fiebre miliar puerperal que ví en 1864, pude observar que eran atacadas con preferencia las mujeres que abusaban de las bebidas calientes, en las que se presentaban tambien más graves los sintomas cefálicos.

(2) Recientemente se ha aconsejado con objeto de prevenir la infeccion puerperal, usar las inyecciones vaginales y la locion de las partes externas con agua fenicada. No nos parece mal este procedimiento, aplicable sobre todo en las clínicas y maternidades, y en la práctica civil en épocas de epidemia puerperal.

des de calostro. Cuando ya el niño suelta el pecho, se volverá á lavar este, y despues de seco se le frota suavemente con agua de Colonia, ó bien con vino; lo primero es preferible, no debiendo nunca temerse la mala influencia del olor, como creen las comadres. Se repite el primer dia cada cuatro horas y el segundo dia cada tres, hasta que se observe que el niño saca bastante cantidad de leche. Desde el momento que esta empieza á segregarse con abundancia, si no basta la succion del niño para desembarazar la glándula, se recurrirá á otro niño más crecido, ó mejor aun, á una bombilla aspirante, dispuesta á propósito para este objeto. El fin es, como se dijo antes, evitar el ingurgitamiento de la glándula. Si la mujer no tuviese que criar, por una parte se alijera la alimentacion, sobre todo las bebidas, y por otra se evita poner el niño al pecho. Si á la subida de la leche se pusiera este muy tirante, se extraerá por medio de la bombilla, dando al propio tiempo embrocaciones emolientes y abrigándolas con una capa de algodón en rama á fin de facilitar la reabsorcion y evitar los infartos lácteos.

La parida, que ha trascurrido el puerperio sin complicacion ninguna, no debe dejar la cama hasta el dia décimo despues del parto. Los primeros dias se levantará por breve rato, y permanecerá sentada; á los dos ó tres ya podrá dar algun paseo por la habitacion, y así adelantará sucesivamente hasta entrar de lleno en sus hábitos normales. De casa no debe salir hasta que los loquios hayan desaparecido, ó por lo menos cuando ya constituyan un flujo insignificante.

Una de las cosas que preocupa á las recién paridas es la constipacion de vientre en que generalmente se constituyen durante el puerperio. La primera defecacion suele tardar cuatro, cinco y á veces ocho dias, y muchas mujeres no sienten esa necesidad hasta que se levantan de la cama. Para evitar molestias, y hasta peligros, se preparará aquella funcion, en cuanto se sientan los primeros impulsos, por medio de largos y frecuentes enemas emolientes, con lo cual se consigue casi siempre el resultado apetecido. La emision de la orina exige tambien á veces el uso de fomentos y cataplasmas emolientes, ya desde el primer dia, para vencer la disuria, que al fin suele ceder. En ciertos casos, sin embargo, persiste, la vejiga se llena extraordinariamente y hay necesidad de recurrir al cateterismo. Esta pequeña operacion no ofrece dificultad ninguna, y cura rápidamente el accidente que lo ha motivado.

Ya digimos que el puerperio concluye, cuando terminan los loquios. Desde este momento se puede dar por restablecida la mujer y sujeta á las leyes ordinarias de la higiene general, salvas las excepciones ó preceptos particulares que impone la lactancia, complemento de las funciones de generacion.

CAPÍTULO II.

Lactancia.—Condiciones para que pueda realizarla bien la madre.—Estudio de la leche.

La secrecion de la leche constituye una parte importante del puerperio, puesto que completa la obra de la generacion, y es entonces cuando debe decidirse si la madre podrá criar por sí misma á su hijo ó tendrá que recurrir á otros medios. En este capitulo nos ocuparemos pues de esto; y de los demás pormenores de la lactancia en cuanto se refiere á la madre, pues la parte relativa al niño corresponde mejor á los tratados de higiene de la infancia, ó á las consideraciones sobre este punto que preceden á la patología especial de esta edad.

La primera cuestion que en este sentido se plantea al inaugurar el puerperio, es de si debe ó no criar la madre. Hánse esforzado algunos autores para dar reglas en que fundar la resolucion, partiendo de la época del embarazo, puesto que ya en ella empieza la secrecion de la leche. Así se ha dicho que la mujer que durante el embarazo ha presentado secrecion de leche en sus mamas, en cantidad regular, podria luego criar con desahogo; otros han fundado este juicio en la calidad de la leche segregada, diciendo que cuando presente bastantes materias sólidas en proporcion al suero es buen indicio, y vice-versa. De todo esto, empero, no se puede sacar ningun principio absoluto; mujeres hay que presentan durante toda la gestacion bastante cantidad de leche, y no excesivamente serosa, y que sin embargo se agota á poco de haber parido y les es imposible seguir lactando; en otras, al contrario, la mama permanece como inerte durante la gestacion, y luego segrega abundancia de leche cuando empieza á dar el pecho. Es, pues, más lógico decir, que en los caracteres locales y en la manera de funcionar el órgano durante la gestacion, no encontramos los datos en que poder fundar un juicio razonable, acerca la posibilidad de criar una mujer que es madre por vez primera, y que de consiguiente no existe

un precedente por el que poder calcular la cantidad y calidad de su secrecion láctea.

La configuracion y volúmen de las mamas tampoco nos dicen gran cosa respecto á las condiciones más ó menos á propósito para criar; sin embargo, es indudable que una mama en que existe una glándula bastante desarrollada, y poca cantidad de tejido adiposo, lo cual se demuestra por presentarse de mediano volúmen, tersa, semiesférica y bastante dura, reúne mejores condiciones para la lactancia, que una mama muy grande, en la que existe mucho tejido adiposo y poca glándula. Esto, que es el resultado de la teoría, se vé todos los dias comprobado en el terreno de la práctica, y ya en esto podemos fundar algun juicio.

Prescindiendo de esas cuestiones que no siempre pueden resolverse, hay otras de actualidad que es preciso conocer bien, porque influyen ya en las decisiones prácticas. La leche se segrega con cierta precipitacion el primero y segundo dia, luego decrece y toma una forma que podemos juzgar definitiva. En este podemos reconocer tres grados; 1.º en que la leche se segrega con cierta pereza; es necesario el estímulo activo de la succion para hacer salir una cantidad de leche casi insignificante, y fuera de esto, nunca siente la mujer esa especie de plenitud de los pechos que se llama vulgarmente *avenida* ó subida de la leche. Persiste así constantemente en ese estado, pero la cantidad total segregada siempre es poca.—2.º La leche se segrega con abundancia bajo el estímulo de la succion, y sin que esta sea demasiado fuerte; además siente la mujer una subida bien marcada cada vez que come ó bebe, y si pasa mucho tiempo sin dar de mamar, se llena la glándula, ocasionando una sensacion de plenitud y tirantez desagradable.—3.º La leche se segrega continuamente, tanto bajo la influencia del estímulo local, como sin él; hasta durante el sueño hay salida de leche, pues no pudiendo contenerla la glándula, se derrama casi sin parar, ocasionando que la mujer esté siempre mojada por ese flujo lácteo. El segundo es el grado que debe desearse para conseguir una buena lactancia, pues además de dar leche en cantidad suficiente, supone siempre buenas cualidades en su composicion. El tercero representa de ordinario una leche excesivamente serosa, y por lo mismo de débiles condiciones nutritivas, y además su abundancia debilita sobremanera á la madre, que fácilmente vé convertida la secrecion láctea en verdadera galactorea. En cuanto al primer grado, indica una imposibilidad casi absoluta de lactar.

El pezón presenta variedades en su forma, debiendo, para funcionar bien, ser medianamente desarrollado, saliente y esférico; el que se separa de este tipo producirá más ó menos dificultades para la cómoda succión del niño. La variedad más notable es la representada por un pezón hundido, que, si no se ha conseguido modificar durante el embarazo por los procedimientos oportunos (pezoneras, succión artificial), obliga después al niño á esfuerzos grandes para sacarlo, de los cuales acaba por cansarse y abandonar el pecho, ocasionando por otra parte irritaciones, escoriaciones y grietas que son un verdadero tormento y obligan á menudo á poner fin á la lactancia. Un pezón imperforado (hecho bastante raro) es un caso de imposibilidad absoluta.

Las condiciones generales de la mujer deben tenerse en cuenta también para decidir acerca la oportunidad de la lactancia. Esta consideración, que es de mucha importancia cuando se trata de elegir nodriza, tiene mucho menos cuando se aplica á la madre, que, si desea cumplir con este destino natural, puede hacerlo con menos exigencias y más garantía que una mujer mercenaria. Las consideraciones pues de temperamento, carácter moral y constitución física serán poco atendidas, y solo se prohibirá decididamente en aquellos casos en que, bajo la influencia permanente de un estado caquéctico ó anémico, ó en potencia de enfermedades diatésicas ó hereditarias, puede producir la lactancia, ya la agravación ó quizás la muerte de la madre, ya la trasmisión real de la dolencia al niño. En este caso se encuentran la clorosis muy pronunciada, la caquexia escrofulosa, la disposición á la tisis pulmonar, las erupciones malignas, la epilepsia y la sífilis.

Lo que más debe tenerse en cuenta, y lo que de consiguiente fijará primeramente la atención del médico, es la apreciación de las cualidades de la leche.

La leche es un líquido que tiene en disolución albumina y sales y en suspensión grasa, constituyendo un alimento completo, que reúne los principales elementos para ser considerado así; un producto albuminoideo, la *caseína*; una grasa, la *manteca*; azúcar y sales, emulsionado ó disuelto todo en agua. Este líquido no es igual al principio de la lactancia que cuando esta se halla ya adelantada; entonces, como durante la gestación, predominan los glóbulos de calostro, las sales y el azúcar, es de un color amarillo, de menos densidad, y sus efectos en la economía son algo laxantes. Presenta reacción alcalina lo mismo que la leche perfecta, y el análisis dá 17'20 por 100 de sustancias sólidas, predomina

minando las sales, proporcionalmente á los demás elementos, siendo representadas por la cifra 0'316, mientras en la leche solo figuran por 0'233. Desde el tercero ó cuarto día empieza la leche á perfeccionarse; los glóbulos de calostro van siendo sustituidos por los glóbulos de leche perfectos, y en el análisis se vé que aumenta la *caseína*, al paso que disminuye el *azúcar*. Al poco tiempo estas dos sustancias adquieren su proporción definitiva, que es de 3'5 como término medio para la primera, y 4'5 para la segunda; la manteca viene representada entonces por 2'5, pero no es persistente como los otros dos componentes, puesto que aumenta ó disminuye según la alimentación, notándose perfectamente la influencia de los alimentos insuficientes ó de mala calidad, que no se nota en la proporción de la caseína y el azúcar.

Examinada al microscopio, la leche en el estado de *calostro* está formada por una gran cantidad de corpúsculos granulosos, redondeados, amarillos, mucho más grandes que los glóbulos de leche, llamados *corpúsculos de calostro* (fig. 64.^a), y además una

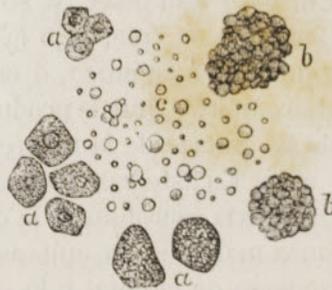


Fig. 64.^a—ELEMENTOS FIGURADOS DE LA LECHE.—a Células glandulares epiteliales.
—b corpúsculos de calostro.—c corpúsculos aislados de leche (Gerlach).

cantidad variable de glóbulos de grasa, corpúsculos mucosos y células epiteliales. La leche perfecta, se vé compuesta de una gran cantidad de glóbulos semitransparentes, cuyo volúmen varía entre 0'01 y 0'05 de milímetro; glóbulos propios de la leche, que por el ácido acético se destruyen disolviéndose la cubierta y haciéndose difuyente su contenido, y que parecen formados exclusivamente por la grasa. Según Virchow, esta grasa nace en el interior de las células epiteliales que tapizan los *acini*; las células se destruyen en su trayecto y la grasa queda en libertad en

el líquido que le sirve de vehículo; esto es una verdadera regresión adiposa de los elementos epiteliales. Según el mismo histólogo, el glóbulo de calostro no es más que dicho elemento en vía de degeneración, la cual durante la gestación y en los primeros días del puerperio es sumamente lenta é incompleta, por lo cual no se ven entonces mas que glóbulos de calostro y muy pocos de leche. Una vez establecida definitivamente la lactancia, hay en los acini una proliferación activísima de células epiteliales, y estas se trasforman rápidamente en grasa, formando entonces esta la mayor parte de la leche en forma de *gotas* de grasa, que no son en definitiva otra cosa los glóbulos de leche. La *caseína* y el *azúcar* se hallan disueltos en el suero junto con las sales, la caseína en combinación con el *óxido de sodio*, del cual se separa con mucha facilidad, y entonces se produce su coagulación, que aparece en forma de una película delgada en la superficie. Cuando se sujeta á la acción de un ácido ó del calor se precipita formando mallas que arrastran consigo los glóbulos de grasa, lo mismo que la fibrina de la sangre al coagularse arrastra los glóbulos sanguíneos. La parte grasa se puede disolver en un reactivo á propósito (éter) y queda entonces libre la caseína.

Se han practicado sobre la leche diferentes análisis, pero no todos con igual resultado. El siguiente cuadro pone de manifiesto el que han obtenido diversos autores:

	Densidad.	Caseína.	Manteca	Azúcar.	Agua con las sales.
Meggenhofen.		4'95	3'57	4'20	87'90
Payen.. . . .		0'14	5'18	7'86	86'82
Henry y Chevalier. . .		4'52	5'55	5'50	88'45
L' Heritier.	1019 á 1026	4'17	4'25	7'40	87'48
Simon.	1052	5'8	2'58	4'82	89'
Vernois et Becquerel. .	1052'67	5'9	2'7	4'5	88'9

Las sales contenidas en disolución en el suero de la leche son fosfatos á base de sosa, de cal, de magnesia y de hierro, y cloruro potásico. Se encuentra á veces una pequeña cantidad de carbonato de sosa, procedente de la descomposición del lactato de sosa. El análisis de Schwentz, dá la siguiente composición de las

sales de la leche, obtenida en las cenizas de 1000 partes del líquido.

Sosa (procedente del lactato sódico).	0'30
Cloruro potásico...	0'70
Fosfato de sosa.	0'40
Id. de cal.	2'50
Id. de magnesia.	0'50
Id. de hierro.	0'01
<hr/>	
Total de sales en 1000 partes de leche.	4'41

Como se vé por este análisis, la sal que predomina es el fosfato de cal, lo cual responde perfectamente á la necesidad de crecimiento y consolidacion del esqueleto.

Llama la atencion la divergencia que existe entre los resultados analíticos de diferentes autores, para investigar la proporcion de los componentes de la leche, pero se comprenderá perfectamente este hecho con solo considerar que, no solo entre diversas mujeres, sino en una misma mujer cambia la composicion de la leche en los diferentes periodos de la lactancia, y bajo el punto de vista de fijar el tipo más conveniente para la buena realizacion de aquella, no es posible una regla absoluta. Generalmente nos limitamos á fijar la densidad ó la cantidad de manteca que contiene, lo cual viene á dar una aproximacion á lo que se desea, pues si bien es cierto que la cantidad de manteca no determina la proporcion de los demás elementos sólidos, como es la parte que más cambia, y es por otro lado la más fácil de estimar, nos limitamos á ella en los análisis lijeros, dejando para otros casos apurados, la verdadera operacion analítica sobre todos los elementos de la leche. Para apreciar la densidad nos servimos de un pesaleches, construido segun el sistema general de los areómetros. El mejor de estos es el *lacto-densímetro* de Bouchardat y Quevenne, graduado para una temperatura de 15°, á la cual debe sujetarse la leche que se analiza. Sin más que esto se puede apreciar el valor absoluto de la leche de una mujer cuyas condiciones para la lactancia tratamos de establecer.

Otro instrumento ha inventado Donné para apreciar tambien la riqueza de la leche en manteca, es el *lactoscopio*, cuyo uso está fundado en el principio de que cuanto más rica es la leche, resulta más opaca. Se compone el instrumento de dos cristales planos

muy limpios, paralelos, fijos cada uno en un tubo de metal. Los dos tubos se envaynan uno dentro el otro de manera que los dos cristales puedan llegar á ponerse en contacto, moviéndose por medio de una rosca. Como cada vuelta de esta es de medio milímetro, resulta que á cada vuelta completa del tubo embutido, se alejan ó aproximan los cristales medio milímetro. El limbo del tubo interior lleva marcada una division ó graduacion en 50 partes, que se deslizan delante un punto fijo marcado en el otro tubo; cada grado recorrido por el tubo, supone la aproximacion ó separacion de los cristales á la distancia de un céntimo de milímetro. Para hacer uso del instrumento, se introduce entre los dos cristales por medio de un embudito colocado en la parte superior, algunas gotas de leche; el explorador se coloca en un punto oscuro de la habitacion á la distancia de un metro, poco más ó menos, de una bujía ordinaria encendida, mirando esta bujía al través del instrumento, y dando vueltas al tubo interior, hasta el punto preciso en que deja de verse la llama, fijándolo bien por medio de tanteos. Luego no hay más que leer en el círculo graduado el número que marca, añadiéndole tantas veces 50, como vueltas enteras ha tenido que dar el tubo para fijar el punto opaco, desde el contacto completo de los dos cristales. Al instrumento acompaña generalmente una tabla en que constan las cifras que corresponden á cada leche. La que sigue, tomada de la Memoria de Bouchardat y Quevenne, dá una aproximacion de las proporciones de manteca y de crema que corresponden á cada grado:

Grados.	Peso de la manteca en 1 litro.	Volúmen de la crema por 100.	Grados del lactóscopo.	Peso de la manteca en 1 litro.	Volúmen de la crema por 100.
25	40 grm.	12	58	27 grm.	8
26	59	12	59	26	8
27	58	12	40	25'50	7
28	57	11	41	25	7
29	56	11	42	24'50	7
50	55	11	45	24	7
51	54	10	44	25'50	7
52	55	10	45	25	6
55	52	10	46	22'50	6
54	51	9	47	21'50	6
55	50	9	48	21	6
56	29	9	49	20'50	6
57	28	8	50	20	6

La leche de mujer cuando es muy rica, marca en este instrumento de 20 á 25 grados. La leche ordinaria de 30 á 35, y la de mala calidad de 40 adelante. Esta última es impropia para conseguir una buena nutricion. Para hacer la exploracion de la leche por este medio, es preciso operar con leche recién extraida de la mama.

Cuando se quiere analizar detenidamente la leche, deben buscarse separadamente sus diversas sustancias; *azúcar*, ya por el reactivo cupro-potásico, ya por el *polarímetro*, ó *saccarímetro* de Soleil; la *manteca* por el *lacto-butyrómetro* de Marchand; la *crema* ó *caseína* por el *cremómetro*, hecho segun los mismos principios que el butyrómetro; finalmente, las sales se descubrirán por los convenientes procedimientos químicos, previa la incineracion de una cantidad dada de leche. Pero debemos repetir que para la práctica ordinaria nos basta el exámen por el lactóscopo.

La leche tiene la propiedad de hacerse más serosa á medida que permanece más tiempo en las mamas, de manera que la primera que se extrae tiene muchas menos materias crasas que la que sale despues. Este hecho, que, comparado con las demás secreciones, parece paradógico, no debe atribuirse, como algunos suponen, á que dentro de la mama se separan las partes sólidas del suero y son aquellas absorbidas. Nosotros encontramos la explicacion en otro hecho. Segun Milne Edwards, las sustancias crasas de la leche, se forman en las ampollas ó utriculos más íntimos de la glándula (en los acini), al paso que la serosidad, con los elementos que tiene en disolucion, se segregan á lo largo de los conductos galagtóforos. Ahora bien, cuando la glándula está en reposo, la secrecion de estos últimos persiste, al paso que la de los primeros es casi insignificante, por lo cual sale la leche muy pobre de ellos; pero en cuanto la actividad de la glándula es solicitada por la suceion, vá aumentando rápidamente, y en proporcion mayor que la serosidad, la secrecion de los elementos grasos, y de aquí que al ser arrastrados y mezclarse con aquella vayan progresivamente aumentando, hasta alcanzar la cifra normal al terminar la evacuacion de la glándula. Este hecho debe tenerse muy presente al hacer el análisis de una leche, para no tomar como carácter malo, el que lo es normal de un momento dado de la secrecion.

La leche se altera fisiológicamente por la alimentacion, por el ejercicio y por la reaparicion del flujo menstrual, cámbios que de ordinario modifican la proporcion de los diversos elementos que

componen aquel líquido, sin alterar formalmente sus propiedades nutritivas. Al contrario, las enfermedades, las emociones morales vivas, la existencia de un nuevo embarazo producen alteraciones que trascienden hondamente en la salud del niño.

La mujer que reúne buenas condiciones orgánicas, y además posee una leche que puede incluirse entre las leches de buena calidad por su composición y por su cantidad, puede criar á su hijo, y si ciertas consideraciones sociales no se oponen á ello, debe hacérsele entender que constituye un deber el cumplimiento final de las leyes de la generacion.

Una vez establecido esto, y resuelta la mujer á lactar por sí á su hijo, debe sujetarse á una rigurosa higiene especial, para que sea la lactancia provechosa á la madre y al niño. Al principio no puede reglamentarse el régimen del niño, que con su llanto solicita el pecho cada vez que despierta, pero pasados los primeros dias, hay que establecer una regularidad absoluta, poniéndole al pecho cada tres horas durante el dia, y una sola vez en toda la noche. Mientras la madre permanezca en la cama dará el pecho acostada, permaneciendo el pequeño acostado tambien al lado correspondiente al pecho que ha tomado; cuando ya la puérpera deje la cama, dará de mamar al hijo colocándolo encima de sus rodillas sostenido con el brazo. Conviene acostumar al niño á que mame cada vez de un solo pecho, á menos que la leche sea escasa, en cuyo caso deberá vaciar ambos cada vez que mame.

Los pechos exigen de la mujer cuidados especiales. Para preservarlos del frio, cuya influencia tan perjudicial les es, se les cubrirá con un lienzo suave que irá empapando la humedad, y se cambiará en cuanto esté muy mojado, llevándolo además cubierto con suficiente abrigo, sobre todo en invierno. Conviene que las prendas de vestir no compriman las mamas, pero si son estas muy voluminosas, deberá la mujer adoptar un corsé convenientemente dispuesto para sostenerlas, lo cual satisface á la comodidad, y á la necesidad de que aquel no pese, lo cual predispone á los infartos. Cada vez que acaba de mamar el niño, se ha de lavar bien el pezón y la aréola con agua clara, y en seguida frotar el pecho con agua de Colonia, ó con aguardiente, á fin de dar más fuerza á los tegumentos. El pecho se volverá á lavar antes de darlo otra vez al niño.

Cuando la madre no ha de criar, debe tomar cuidados especiales, en interés de su salud, y de la integridad de las mamas,

hasta tanto que se haya agotado la secrecion láctea. Generalmente sucede esto de una manera espontánea, y sin tomar indicacion ninguna, mas para esto se necesita tiempo, durante el cual, si el flujo de la leche es muy notable, reducirá la cantidad de alimentos, y sobre todo las bebidas, cuya influencia se deja sentir más en la secrecion mamaria. Así como tratándose de una mujer que crie, hemos sentado que la alimentacion puede pronto ser la ordinaria, aquí se guardará un régimen más ténuo; al propio tiempo, tardará más en dejar la cama, entreteniendo la traspiracion cutánea, y hasta provocando un sudor algo abundante por poca tendencia que tenga á ello. Si los pechos se ponen duros, se puede sacar la leche por medio de la bombilla aspirante, pero sin abusar de este medio, que muchas veces provoca nueva actividad secretoria, y solo admitiéndolo como medio de evitar los infartos lácteos que pudiesen resultar de una excesiva fluxion, sin que naturalmente se alijeren. Los pechos se llevarán cubiertos con algodón, sostenidos por medio del corsé cuando la púérpera deja la cama, y siempre convenientemente garantidos contra los agentes que de cualquier manera pudiesen obrar sobre ellos. Cuando trascurridos algunos dias, y á pesar del régimen oportuno, la secrecion láctea no quiere acabar de desaparecer, se favorecê este fenómeno con el uso de algun lijero diurético, como los cocimientos de raiz de caña ó de cinco raices, ó bien con los laxantes dulces, maná, aceite de ricino, etc., pero guardándose, como no sobrevenga alguna indicacion particular, de emplear medios perturbadores.

CAPITULO III.

Higiene del recién nacido.

I.

Cuidados al recién nacido sano.

En cuanto acaba de nacer el niño, y colocado en la misma cama, entre los muslos de la madre, pero á la mayor distancia posible de la vulva, ha de pasarse á la ligadura del cordon, así que sus gritos ó el llanto indican que ha empezado á respirar. Háse discutido por muchos fisiólogos la oportunidad ó la necesidad de la ligadura, sosteniendo algunos que solo debia considerarse esta operacion como una medida excesivamente previsorá, no como necesaria, puesto que por el mero hecho de la respiracion, se establecia un antagonismo tal entre la circulacion pulmonar y la umbilical, que esta se suspendia. Esto es cierto, y basta una lijera observacion para comprobar que, por regla general, en cuanto el niño ha hecho algunas inspiraciones completas, cesan de latir las arterias umbilicales; pero este hecho de observacion no invalida otro, y es que si se prescindie de la ligadura sale por los vasos umbilicales cortados una cantidad de sangre, suficiente para constituir una hemorragia peligrosa y hasta mortal. Lo mejor, pues, será ligar en todos los casos, en que un estado morbozo del recién nacido no exige una pequeña sangria, prefiriendo la ligadura formal y apretada, á la simple machacadura de la extremidad del cordon con los dedos. Hay que tener en cuenta que el niño llora, grita, se ajita, y estos esfuerzos producen casi siempre una especie de impulsión de la sangre hácia el cordon, hecho que no pasa en los demás animales, de los cuales sacan ejemplo los adversarios de la ligadura.

El procedimiento que adoptamos, como más seguro y más

sencillo, es el siguiente: colocado el niño como antes hemos dicho, se toma un cordonete formado de diferentes cabos de hilo retorcidos y encerados, ó bien de un cordon fuerte de seda, de longitud de 30 centímetros y se aplica á 6 centímetros del ombligo, la ligadura provisional, apretando el nudo con bastante fuerza para que pueda romper el hilo las tunicas arteriales; otra segunda ligadura se aplicará á otros tantos centímetros de la primera hácia la extremidad placentaria, y se corta el cordon entre ambas, cuidando de hacerlo encima de la mano, para evitar en lo posible las manchas de la sangre que se escapa de la vena. Antes de esto, se ha examinado si alguna asa intestinal enfila ó forma hernia en el cordon, en cuyo caso se la reduce. Entonces puede levantarse el niño envuelto en una sábana, previamente calentada, y entregarlo á la persona que lo sostendrá mientras el profesor atiende al alumbramiento.

Concluido esto debe pasarse á la limpieza y *toilette* del recién nacido, cuidado que generalmente corre á cargo de las mujeres allegadas á la recién parida, pero que es preciso dirija el médico para evitar omisiones que pudieran afectar al niño. Colocado este encima de una mesa, con su correspondiente colchon, cubierto de un impermeable y una sábana, se le lava bien con agua templada, á menos que se prefiera, como es costumbre en Inglaterra y Alemania, introducirle en un baño á la temperatura próximamente de 33° centígrados. Se le seca en seguida con paños blandos y calientes, frotándole lijaramente con una franela fina. Esta primera locion le limpia perfectamente de la sangre y demas sustancias que manchan la piel, pero no basta de ordinario para quitarle la capa sebácea, que en algunos niños es muy gruesa, sobre todo en los puntos que tienen pliegues cutáneos. En este caso debe procurarse la solucion de esta materia, frotándose las partes con aceite ó con yema de huevo, con lo cual se consigue la completa limpieza. La cabeza ha de ser objeto especial de nuestro cuidado. Conservando el niño bien envuelto en paños calientes, se limpia con detencion aquella parte de su cuerpo; la materia sebácea de que se halla impregnado el cabello, se quita por medio de un peñecito, y se seca perfectamente para que no quede en ella el menor vestigio de humedad; las orejas se lavan tambien con detenimiento en todas sus sinuosidades, y lo mismo la boca, que se desembarazará por medio de un lienzo fino, de las mucosidades que pueda contener. En seguida se le cubre con las gorritas que haya costumbre vestirles,

advirtiendo por nuestra cuenta, que en nuestros climas templados, y en una parte del año muy cálidos, es perjudicial el abrigo excesivo de la cabeza, debiendo rechazar siempre los gorros de lana, que acumulan demasiado calor en dicha region. Luego se pasa al arreglo definitivo de la porcion de cordon que ha quedado, se observa si está bien apretada la ligadura, se dobla el nudo sencillo que primero se puso, y á mayor abundamiento, cuando es mucha la sustancia gelatinosa que rodea los vasos, se dobla sobre sí misma la porcion libre y se hace una segunda ligadura, fuertemente apretada tambien. Inmediatamente se envuelve en una compresa limpia, se dobla esta en forma de cabezal y se aplica contra el ombligo, haciendo de manera que el cordon venga á descansar hácia el lado izquierdo. Esto se sujeta con una venda fina, de lienzo ó de lana, de 8 centímetros de ancho, y de suficiente longitud para dar cuatro ó cinco circulares, medianamente apretadas, al rededor del abdómen. En seguida se pasa á vestirlo. No nos detendremos en enumerar las piezas que componen el *trage* ó *envoltura*, porque varian en los diferentes pueblos, pero sí diremos que pueden reducirse á dos sistemas: 1.º el de la fajadura (*maillottement* de los franceses) usado casi generalmente en el Mediodía de Europa, y 2.º los pañales, sujetos con cintas y ojales, sin apretadura ninguna, usado principalmente en Inglaterra y Alemania. Científicamente hablando, la envoltura sujeta con las fajas, que deja al niño como agarrotado dentro de sus vestidos, con una imposibilidad casi completa de mover sus miembros, y en algunos casos hasta imponiendo dificultades á la respiracion, es un sistema detestable, pero que luchamos contra hábitos demasiado arraigados, y casi pudiéramos decir nacionales para conseguir su sustitucion. El sistema inglés, compuesto de vestidos holgados, de medias de lana y de pañales triangulares, sujetos simplemente con cintas y botones, es el que creemos más conveniente para el niño, el más cómodo y con el que se consigue más fácilmente una notable limpieza. Esta envoltura, sin embargo, debe completarse con un medio de traslacion, tambien de origen inglés, y es su colocacion encima de una almohada que tenga una longitud poco mayor que la del niño y de unos cuatro decímetros de ancho, rellena de salvado en verano y de lana en invierno. Se le sujeta á ella por medio de cuatro cintas anchas prendidas á las orillas, que se cruzan luego sin apretarlas por encima del pecho del niño. De esta manera se le lleva con facilidad de una parte á otra sin comprimirle ni zarandearle, y no

sufre cámbios de temperatura al pasar de los brazos de la madre ó nodriza á la cama y vice-versa.

Ya vestido el niño, se le coloca en su cuna, método mucho mejor que el de colocarlo en la cama de su madre, pues si bien es cierto que junto á esta encuentra un calor suave que le gusta y le favorece, en cambio tiene los inconvenientes de respirar las emanaciones, nada sanas, de la cama de la recién parida, y el peligro de que esta le lastime con el peso de su cuerpo y hasta le produzca la asfixia. Lo más racional es colocar desde el primer momento al niño en su cuna, en la cual, si fuera baja la temperatura, se le proporciona el calor conveniente por medio de caloríferos de agua. La cuna debe estar colocada en un punto de la sala resguardado de las corrientes de aire, y defendido de la luz viva por medio de visillos, ó pantallas. Se ha cuestionado si es conveniente ó no mecerle. No creemos que esto sea perjudicial cuando se hace con dulzura, pero siempre tiene cuando menos el inconveniente de habituarle á una costumbre que difícilmente se podrá más tarde hacerle perder.

La más rigurosa limpieza, es la primera condicion de salud para el niño; así debe bañársele todos los dias, bajando cada día un poco la temperatura del agua, hasta acostumbrarle insensiblemente al baño frio; cada vez que ensucie deben cambiarse los lienzos mojados, y lavar la region génito-anal y los muslos con una esponja embebida en agua caliente, secarlo bien y aplicar en seguida polvos de almidon ó de licopodio para evitar las escoriaciones. Al vestirle debe cambiarse tambien el vendaje umbilical, cuidando muy especialmente de no verificar tracciones sobre el cordon. Una vez desprendido este (del cuarto al quinto dia), se sigue aplicando sobre la cicatriz un cabezalito y la venda. —Igual limpieza debe tenerse con lo que respecta á la cama, no permitiendo que permanezcan en ella prendas empapadas, ó que huelan mal.

El niño debe tomar el pecho pocas horas despues de nacido; ya digimos que este era el mejor medio para establecer bien la lactancia. Cada vez que concluya de mamar se le lavará la boca con un pañuelito mojado en agua tibia, cuidado que evitará se agrie la leche que pueda quedar depositada dentro la boca.

No podemos admitir tampoco como laudable la costumbre de dar al niño desde el primer dia algun purgante (jarabe de ruibarbo, de maná, etc.) El mejor purgante para activar la expulsion del meconio, es la leche, ó calostro de su madre; única-

mente en caso de existir un estado de padecimiento bien definido del aparato intestinal, dispondrá el médico lo que ese estado científicamente exija.

II.

Cuidados al recién nacido en estado de muerte inminente.

El niño nace á veces presentando un aspecto que arguye un sufrimiento profundo y una amenaza directa á la vida. La falta de accion, el no establecerse los movimientos respiratorios, le han hecho denominar estado de *muerte aparente*, ó si se quiere más propio, de muerte *inminente*, puesto que el niño no está realmente falto de vida, sino amenazado de perderla. Este estado puede depender de perturbaciones profundas de la circulacion y de la inervacion. Las primeras son las más comunes, y se refieren á dos distintos orígenes, la *asficia* y la *hemorragia*.

a.—*Asficia*.—La suspension de la circulacion placentaria, antes que el feto respire, produce la falta de oxigenacion de la sangre, ó mejor, su saturacion por el ácido carbónico, cuya consecuencia inmediata es la asficia. Siempre y cuando pues, antes de terminar el parto, se verifica una desimplantacion total de la placenta, ó se comprime enérgicamente el cordon, ya entre la cabeza del feto y la pélvis, ya por nudos ó circulares, tendrá efecto esa saturacion de ácido carbónico, y al aparecer el feto, lo hará con los caracteres de la asficia. A esta los autores han señalado dos variedades, *apopléctica* y *anémica*; en la primera el niño presenta la cara vultuosa como entumecida, inyectada y de un color lívido, los ojos salientes, los lábios hinchados, la lengua pegada al paladar, y en toda la superficie del cuerpo manchas lívidas; los miembros inmóviles y como envarados; en la otra variedad está la cara pálida, lo mismo que los tegumentos, el maxilar inferior caido, la boca abierta y los miembros en resolucion. En ambos casos, empero, las lesiones anatómicas son las mismas, encontrándose en la autopsia serosidad sanguinolenta debajo los tegumentos del cráneo, los senos venosos y los vasos cefálicos congestionados, el corazon y el hígado llenos de sangre negra y solo la piel diferentemente afectada en uno y otro caso. Se han atribuido el primer estado á la compresion de las arterias umbilicales; dificultada entonces la circulacion de retorno, se iria aumentando en la vena hasta producir la apoplegia; el segundo á la

compresion de la vena, que facilitaria al contrario la salida por las arterias y en consecuencia la anemia. Empero esta manera de considerar los hechos no se admite por los fisiólogos modernos; Jacquemier cree que, siendo siempre la misma la causa que produce la asfixia, el aspecto distinto que exteriormente presenta el niño se debe solamente á la manera como se ha hecho sentir aquella causa. Si obra de una manera brusca y rápida, no dá tiempo á que la congestion periférica se realice, y presenta la segunda forma ó anémica, si obra de una manera lenta y prolongada, va congestionándose todo el cuerpo, y resulta la primera ó apopléctica.

Para la clasificacion de la asfixia, admitiremos tres grados; en el 1.º al nacer el niño tiene algun movimiento, pero no respira; *los latidos del corazon son al parecer regulares, y se perciben por la palpacion*. Luego, ó espontáneamente, ó á beneficio de la intervencion, la respiracion empieza, entra una oleada del aire en los pulmones, el niño llora, se establece la funcion y desaparece la asfixia. En otras ocasiones su estado se agrava, los latidos del corazon se van haciendo imperceptibles, la circulacion disminuye, se asfixia el niño y pereceria si no se atendiese enérgicamente á remediarlo.

En el 2.º grado hay falta absoluta de movimientos y de respiracion, los músculos están en resolucion; *los latidos del corazon son irregulares, débiles y lentos* (30 á 20 por minuto); de cuando en cuando parece haya conatos de reaccion, y por un movimiento parecido al *hipo* traga alguna cantidad de aire, insuficiente para establecer la funcion. Este estado no se remedia nunca espontáneamente, pero sí casi siempre con una intervencion activa y enérgica

El 3.º grado, se caracteriza por una resolucion completa sin ningun signo exterior de vida, mas que *algunos latidos del corazon, irregulares, raros y solamente perceptibles por la auscultacion*. La prolongacion por algunos minutos de este estado ocasiona la desaparicion completa de los movimientos cardiacos y la muerte. La intervencion es muchas veces impotente, y si se consigue que entre alguna cantidad de aire en el pulmon, hasta dilatar el pecho, este resultado es pasajero, poco á poco desaparece la accion muscular, la respiracion no se verifica y el niño parece á pesar de todos los esfuerzos del arte.

Para tratar estos estados, es preciso poner en práctica una porcion de procedimientos. Lo primero que se hace es limpiar la

boca y la entrada de la laringe, de las mucosidades que hay allí, y que son muchas veces lo que impide la entrada del aire; esta pequeña operacion se completa tirando suavemente de la lengua hácia fuera, con lo cual se facilita el primer movimiento de inspiracion. Si esto no basta se echa agua fria con cierta violencia, sobre la cara y el pecho del niño; la impresion brusca que esto ocasiona, produce por accion refleja el establecimiento de los movimientos respiratorios. De la misma manera obran los golpes dados á las nalgas, á las plantas de los piés, la frotacion con alcohol ó éther sobre las paredes torácicas, la titilacion de la campanilla con una pluma, etc., medios todos que suelen dar buen resultado en el primer grado de asfixia.

Lo dicho no basta cuando esta se halla más adelantada, y para tales casos se ha aconsejado la sangría del cordón umbilical. Para practicarla se corta el cordón sin aplicar la ligadura, y pronto se vé salir por la vena una cantidad de sangre, que recojeremos, sin permitir que pase de 25 á 30 gramos. Este tratamiento se ha aconsejado principalmente en la forma apopléctica, pero indudablemente es aplicable á las dos, cuando los demás medios no han sido bastantes.

El mejor procedimiento, porque vá directamente á la causa, y es muy ejecutivo, y al que no dejaremos de acudir desde luego, en cuanto comprendamos que está muy adelantada la asfixia, es la insuflacion de aire en los pulmones, que constituye la respiracion artificial. No debe practicarse soplando directamente la boca del niño, como hacen las comadres, pues por este medio pasa más aire al esófago que á la tráquea, sino por medio del tubo laríngeo. Consiste este en una cánula de plata ó de goma, larga de 15 centímetros, terminada en un extremo por un pabellon ó embocadura, y por el otro en pico obtuso, provisto de dos ventanas para el paso del aire; por este extremo llamado laríngeo, está aplanada la cánula y encorvada á la distancia de 3 centímetros del pico. Algunos modelos llevan unida al nivel de la corvadura una placa circular que sostiene una esponja; adición que no consideramos necesaria. Depaul ha sustituido á las dos ventanas, una sola abertura terminal de toda la luz de la cánula. Para practicar la insuflacion, se procede de la manera siguiente: el niño se coloca acostado sobre el dorso encima de una almohada y con la cabeza bastante echada hácia atrás. Se introduce en la boca el índice de la mano izquierda hasta llegar á la base de la lengua, y deprimiendo esta, se levanta la epiglotis. Se

toma entonces la cánula con la mano derecha como una pluma de escribir, inclinada de manera que la convexidad mire hácia fuera; en esta disposicion se introduce en la boca llevando el pico hasta la glotis, hácese pasar este por el lado de la epiglotis levantada, y en cuanto estemos seguros de que guarda esta posicion, se le comunica un lijero movimiento de inclinacion por el cual penetra la cánula en la laringe. Una exploracion por la region anterior del cuello, nos asegura la buena colocacion de la cánula. Inmediatamente se pasa á la insuflacion, no por medio del soplo, sino mejor por medio de una pera de inyeccion de aire, que tiene la ventaja de introducir aire puro. Las manos de un ayudante colocadas sobre las paredes torácicas, sirven para comprimirlas y verificar la expiracion. Empiézase por la inspiracion, graduándola con un ritmo parecido al natural, y en cuanto se siente dilatado el pecho, se suspende aquella para comprimir las costillas y verificar la expulsion del aire. Estos movimientos alternativos se van sucediendo armónicamente hasta que se observe que empiezan á realizarse por contracciones naturales, continuando hasta que dé el corazon del niño de 110 á 120 pulsaciones por minuto, y realice naturalmente de 6 á 8 inspiraciones. Se aconseja para facilitar la operacion, el cerrar las narices y la boca, lo cual se consigue aplicando sobre ellas una compresa, que puede sujetar el mismo operador con la mano que sostiene la cánula en situacion. La insuflacion debe ser lenta y progresiva, y hacerse en número de diez á doce por minuto. Durante la operacion se mantendrá el niño muy abrigado y si es menester calentado por medio de un calorífero.

A veces se consigue un resultado positivo, y el niño, durante algunos minutos, respira con libertad, llora algo y los latidos del corazon se perciben bien, pero después de algun tiempo, la circulacion se retarda paulatinamente, el pulmon se dilata con dificultad, y acaba por detenerse otra vez, reapareciendo los sintomas asfícticos. Depaul opina que en este caso es inútil volver otra vez á la insuflacion, pues la muerte es inevitable, seguramente por haber lesionado ya el ácido carbónico la integridad orgánica del cerebro. Cuando se consigue un éxito feliz, no siempre es rápido, y casos hay en que cuesta más de una hora de esfuerzos el establecer y normalizar la respiracion.

Siendo este el medio más eficaz para combatir la asfixia, creemos que debe ser el primero que se ponga en accion, siem-

pre que aquella sea algo graduada, sin perder el tiempo con procedimientos menos eficaces.

b.—*Hemorragias*.—Una rotura del cordón ó de la placenta antes del nacimiento produce una hemorragia, que si es algo notable, ocasiona rápidamente la muerte del feto. Si esto no se realiza, y el niño nace aun con vida, nace pálido, endeble, los latidos cardíacos apenas se perciben y son irregulares, y si llega á establecerse la respiración, no llora, sino que emite un débil quejido, que traduce bien su poca vitalidad. Si ha quedado poca sangre en el organismo, no tarda en morir por falta de acción nerviosa; en otro caso se sostiene y entonces es posible hacer algo para aumentar sus fuerzas, siquiera sea hasta que con la alimentación pueda repararlas. Se ligará rápidamente el cordón, y bien envuelto en lienzos calientes se colocará en sitio abrigado, propinándole cucharaditas de caldo y algun ligero tónico. Para este caso, como para todas las consecuencias de las hemorragias, tiene aplicación oportuna la trasfusión de la sangre, que aqui se haría naturalmente por la vena umbilical. Lo malo es que esta operación no puede siempre improvisarse tan perentoriamente como el caso exige; sin embargo, es perfectamente factible en todos los casos en que el niño se sostiene algunas horas. Como desgraciadamente en muchos casos, el origen del estado grave del niño no se conoce hasta despues del alumbramiento, se han podido practicar procedimientos perjudiciales, como por ejemplo, la sangría del cordón, creyendo que se trataba de una asfixia. Por esta razón no conviene precipitarse en poner en práctica este medio, cuando el niño se presenta pálido y endeble, aunque no respire.

c.—*Alteraciones de la inervación*.—La amenaza á la existencia del recién-nacido procedente de alteraciones del centro céfalo-raquídeo, no se manifiestan hasta más tarde, es decir, en las primeras semanas de la vida, si bien debemos considerar que una buena parte de los fenómenos característicos de la asfixia, son debidos á la lesión cerebral ocasionada por la presencia del ácido carbónico en la sangre.

Como resultado del trabajo del parto pueden sufrir lesiones graves el cerebro y la médula; el primero por compresiones, la segunda por tracciones que hayan llegado á obrar sobre los cordones medulares. En el segundo caso, la muerte suele suceder inmediatamente al traumatismo. Solo en el primero, es decir, en el caso de compresiones cerebrales fuertes, nace el niño con

algunos síntomas como estupor, dilatacion de las pupilas, relajacion muscular, parálisis ó anestesia, que arguyen una lesion cerebral, pero esto no suele impedir que se establezca la respiracion, y solo más adelante, la progresion de aquellos fenómenos indica la profundidad de la lesion, terminada frecuentemente por la muerte. Poca cosa cabe hacer en estos casos, en que la accion del arte se limita á aquellos cuidados generales que tienen por objeto sostener la vitalidad lo posible, sin esperanzas de un éxito eficaz (1).

(1) Como complemento de la conducta á seguir en los casos de muerte inminente, debemos recordar al médico católico, el deber que le impone su Religión de administrar el agua del Socorro, segun la fórmula adoptada por la Iglesia, á todo niño que al nacer presenta peligro de muerte inmediata, como sucede en los dos últimos grados de asfixia, y en el primero cuando la respiracion no se establece rápidamente; en los casos de hemorragias y en aquellos en que por cualquier causa nace el niño tan endeble, que es racional creer no prolongará muchas horas su existencia. La fácil y sencilla práctica religiosa se hará siempre de manera que no se aperciba de ello la madre, para evitar los efectos de una mala impresion moral.