

LA DEFENSA DEL ACTO

La mortalidad del feto en el parto es mucho mayor que la de la madre. El feto, en condiciones óptimas, tiene una mortalidad de un tres por ciento, mientras que la de las madres, convenientemente asistidas, no llega á un medio por ciento. Esta diferencia depende de muchas circunstancias entre las que se destacan: la menor resistencia orgánica del feto, la facilidad con que su circulación placentaria puede ser interrumpida y la serie de dificultades y tropiezos que ha de vencer para salir al exterior; á lo cual hay que añadir los casos de apuro extremo, en que el médico no vacila en sacrificar la vida fetal para salvar la vida de la madre, de mayor valor social y efectivo.

Si la mortalidad maternal es escasa, en cambio la morbosidad á consecuencia de los partos es crecida (de un 10 á 15 por ciento).

Salvar la vida al feto é impedir que la madre ni siquiera enferme y salga con la mayor integridad anatómica posible, son objetivos bien nobles para un médico y no del todo fáciles de lograr por cierto.

El médico llamado para asistir á una mujer en el comienzo de un parto, si ha tenido ocasión de examinarla durante el embarazo, acudirá con un criterio completamente formado respecto la conducta á seguir en aquel caso particular, determinado; las improvisaciones terapéuticas suelen ser funestas. El médico se hará perfecto cargo de la capacidad funcional de su cliente para el trabajo del parto, su resistencia, la conformación de su pelvis, las dificultades que pueden nacer del estado y disposición de las partes blandas; tendrá un acabado diagnóstico de la presentación y posición del feto, sin olvidar el cálculo aproximado de su volúmen; fijará en su memoria las complicaciones aparecidas durante el embarazo, sin despreciar ninguna y dándoles su justo valor. De este conjunto de

detalles, debidamente apreciados, surgirán claras y precisas las indicaciones á cumplir, las precauciones á tomar.

Este prudente temor á las improvisaciones terapéuticas deberá experimentarse ya en el curso del embarazo y siendo la infección la causa mayor de muertes y de trastornos, se velará por que en el momento del parto el aparato genital de la parturienta esté lo más aséptico posible y no decimos completamente aséptico, pues si está infectado, el limpiarlo de toda traza séptica es empresa difícil, tal en el número de recodos, glándulas y conductos que posee.

Si la embarazada está limpia de toda infección, las inyecciones vaginales deben proibirse ya que ninguna indicación cumplen; cuidará simplemente el médico de que se extreme el aseo de los genitales exteriores por medio de baños generales y locales, en que el agua hervida y el jabón serán los únicos antisépticos. El flujo en una embarazada será objeto de un tratamiento adecuado, previo examen microscópico destinado á hacerse cargo de su calidad y descubrir la existencia del estreptococo ó del gonococo, los dos mayores enemigos de las parturientas. La blenorragia es muy difícil de descubrir en una mujer con hábitos de limpieza y el examen bacterioscópico descubre gran número de infecciones gonorreicas, que, á simple vista, no lo parecían.

En el momento del parto, ¿deben practicarse inyecciones vaginales? Contra la prescripción absoluta de algunos, está la opinión de la mayoría favorable á ellas, por lo menos al final del alumbramiento, para desembarazar la vagina de sangre y sebo fetal que hayan podido quedar detenidos y favorecer la definitiva reduccion de la matriz. Pero, aún hay más; por la línea ondulante que sigue la marcha de todo orden de conocimientos, modernamente vuelven á recomendarse las inyecciones intra-uterinas post-partum, al igual que se hacía al principio de la era antiséptica, con menguado resultado por cierto, siendo los líquidos preferidos la solución iodo-iodurada de Tarnier y la de trementina al 10 por mil. La cánula utilizada para la inyección intra-uterina profiláctica es la de Leiter-Braun de ebonita, muy curva, correspondiendo su corvadura á un

arco de círculo de 12 centímetros de radio; su extremidad es gruesa, con largas hendiduras laterales en lugar de los agujeros que tienen las cánulas ordinarias. Se introduce con facilidad en la matriz después del parto y difícilmente, en cambio, por su volúmen durante el embarazo, evitándose en este período con su empleo las inyecciones intra-uterinas accidentales y sus desastres consiguientes.

La cánula de Leiter-Braun es perfecta para practicar inyecciones vaginales en una embarazada, ó intra-uterinas en una recién parida; pero dudamos que la inyección intra-uterina, dada á título profiláctico, prospere, por más que sus preconizadores aseguran que con ella la morbosidad de las puérperas es casi nula. Es una práctica no exenta de inconvenientes y el estado de agotamiento en que queda la enferma es poco propicio para semejante intervención, por lo menos en la clientela particular. Comprendemos, sí, que la inyección intra-uterina después del parto se da con sobrada parquedad y que debe utilizarse con mayor frecuencia, sobre todo después de partos con intervención ó muy prolongados ó cuando ocurren hemorragias terminado el alumbramiento; con la ventaja, en este último caso, de que el iodo y la trementina son buenos hemostáticos.

Conveniente ó no la desinfección vaginal durante ó después del parto, es de mayor importancia el evitar la introducción de gérmenes patógenos dentro del canal genital. La manera más expedita es no practicar el tacto vaginal durante el parto como han recomendado Hegar, Leopold y I. Veit; pero, como hemos dicho anteriormente, la mortalidad de las puérperas tactadas no dista mucho de la de aquellas en que no se ha practicado el tacto y éste es un medio excelente de exploración y diagnóstico. Muchos creen que el tacto en el comienzo del parto es conveniente para ayudar el diagnóstico de la presentación y posición, ver el estado y orientación del cuello uterino y si hay ó no procidencia de cordón ó miembros; cuando la dilatación es, al parecer, completa, un segundo tacto puede ser provechoso para la parturiente, pues si el cuello está del todo dilatado y la bolsa de las aguas espontánea ó artificialmente no está

rota, el parto puede prolongarse indebidamente ó romperse únicamente el corión y descender el huevo fetal envuelto por la membrana amniótica, que se desliza fácilmente por el corión, por ser sus medios de unión muy precarios á causa de haber existido, en los comienzos del embarazo, una cavidad entre ellas, (la exocelómica), y una retención de membranas puede ser posible, al perder la cohesión antes lograda. Las hemorragias placentarias no son raras si el feto desciende estando íntegras las membranas; éstas tiran de la placenta y la desinsertan.

Leopold, para defender la proscripción del tacto vaginal, dice, que: no practicándolo, ha equivocado el diagnóstico en un tres por ciento de casos tan solo. No es mucho; pero como los asistentes á los partos no tienen la práctica y conocimientos de tan sabio tocólogo, muy de temer es que se cometieran errores, á veces irreparables, en proporción superior á la citada.

Convenimos, en resumen, en que el tacto debe practicarse, pero lo menos posible y antecedido de una exquisita desinfección de la vulva de la parturiente y de las manos del médico.

La vulva, por sus vecindades, por ser la extremidad terminal del aparato genital y por su abundancia en glándulas de toda clase, es punto generalmente muy contaminado. Antes de tectar, se limpiará con cuidado, y un vez limpia, aun se evitará que el dedo ó dedos exploradores contacten con ella, introduciéndolos directamente en la vagina, previa separación de los labios vulvares con la mano libre.

Siendo tan primordial la limpieza de las manos, se han propuesto porción de medios, algunos de ellos tan complicados, que si el tocólogo los utilizara, posiblemente la parturiente, en alguna ocasión, habría parido antes de que el médico estuviera en condiciones asépticas. Un cepillo de uñas, jabón y agua en abundancia, esterilizados y quince minutos de tiempo, son suficientes para dejar unas manos prácticamente estériles: el alcohol, el sublimado, el permanganato, la tintura de iodo últimamente recomendada, principalmente para la desinfección del espacio sub-ungueal y reborde de las uñas, servirán para abreviar el tiempo ante las

necesidades de un pronto exámen ó intervención. Si en el domicilio de una partera no hay agua esterilizada, substancias antisépticas, etc., ni manera de obtenerlas, con agua corriente y jabón convenientemente manejado se puede salir airoso del conflicto; pues si teóricamente y bajo el punto de vista de la asepsis debe equipararse el asistir un parto á la práctica de una laparatomía, como en realidad no es así, caben ciertas concesiones no queridas, ni deseadas, pero impuestas por falta de medios ó urgencia de operación, que pueden muy bien no tener consecuencias lamentables. En casos de grave hemorragia, se impone á veces tanto la intervención rápida que huelga toda previa antisepsis: la hemorragia puede no tener espera; el evitar la infección si la tiene.

Los mismos cuidados y atenciones que exige el tacto durante el parto, deben tenerse al practicarlo en los últimos tiempos del embarazo; porque ningún medio hay de saber si el parto se iniciará dentro horas, ó tal vez minutos.

Cada período en que se divide el parto tiene sus especiales cuidados y defensas.

Al iniciarse un parto, á más del enema y la limpieza vulvar y abdominal, algunos autores eminentes, recomiendan como primera providencia que la parturiente tome un baño general. En nuestro concepto, la posible entrada de suciedades dentro de la vagina á favor del agua y el estado de espíritu de una parturiente nada propicio á las molestias, lo hacen poco recomendable; vale más procurar que una embarazada llegue al fin del parto con el cuerpo limpio, que comenzar la limpieza, ó insistir en ella, en momentos en que el ánimo de las mujeres está de sobra preocupado.

Durante el período de dilatación poca cosa debe realizarse á no ser el tacto previo con objeto de hacerse cargo de las circunstancias en que se inicia el parto. Una vez hecho el tacto, la presencia del médico no es precisa, tratándose de una primípara; pero no se debe abandonar á una múltipara cuyo cuello tenga una dilatación de tres centímetros, pues el parto puede terminar con extraordinaria rapidez, á tal punto llegado. Y si poco indispensable es la asistencia del médico en el período de dilatación,

menos útil es llenar á la parturiente de consejos y recomendaciones impertinentes, constituyendo para ella una molestia moral añadida al dolor físico.

La verdadera misión del tocólogo empieza al lograrse la dilatación completa, siendo su primer cuidado por lo ya dicho y salvo contra-indicación, la rotura de la bolsa de las aguas, si espontáneamente no se hubiera producido.

El feto durante el período expulsivo puede sufrir, al tener que dilatar un canal á veces difícilmente permeable, ó por interrupción de la circulación placentaria al comprimirse accidentalmente el vástago funicular, ó por dificultad en esta misma circulación al retraerse la matriz si las aguas están rotas y las contracciones son potentes, pero ineficaces para la progresión del feto. Conviene pues, en este período vigilar estrechamente el corazón fetal haciendo acostar á la parturiente, que hasta aquel momento no hay inconveniente en que esté levantada, para poder practicar repetidas auscultaciones; pues dominando en absoluto el médico la situación, ya que libre es de terminar el parto en cuanto quiera, la vigilancia tendrá la finalidad de hacerlo así, tan pronto crea que la prolongación del parto pudiera ser fatal al feto.

La prolongación excesiva del parto, es también peligrosa para la puerpera: su pulso se acelera, existe pulverulencia en la nariz, los labios y dientes se cubren de fuliginosidades, hay depresión de fuerzas, abatimiento, delirio, etc., elevándose la temperatura á 38 y hasta 40 grados. La muerte puede ser el final de semejante estado.

Para apreciar el descenso de la cabeza fetal al final del período de dilatación y sus progresos durante la expulsión, es grave error medirlo por la distancia existente entre la parte más inferior del polo cefálico y el orificio vulvar. Es posible que una cabeza aparezca por la vulva entreabierta y aun faltarle mucho para estar encajada, por la circunstancia de ofrecerse por el parietal posterior, en asinclitismo de Farabeuf, y tener una voluminosa bolsa serosanguínea; en estos casos, la casi totalidad de la cabeza está en la excavación, pero los grandes diámetros transversos de la cabeza fetal aun no han traspasado el estrecho superior pelviano.

El mejor y más fácil medio de hacerse cargo de los avances del parto, está, según el consejo de Farabeuf, en probar el número de dedos, uno encima de otro, que caben en el espacio existente entre la cabeza y la concavidad del sacro: caben tres, la cabeza no está encajada; no más dos, ya está en la excavación; solo uno puede insinuarse, es llegado el momento en que la cabeza va á solicitar la dilatación del estrecho inferior de la pelvis blanda.

Fabre recomienda para ir siguiendo la marcha del descenso fetal, medir la distancia que va del relieve formado por el hombro del feto, al pubis de la madre; cuando la distancia es menor de 7 centímetros está encajada, y la distancia va acortándose con la progresión del parto.

La vejiga urinaria ha de ser, en este período, objeto de especial atención; su repleción aumenta la agudez del dolor y dificulta la marcha regular del trabajo.

Pinard hace tiempo anda preocupado por los trastornos que sufre la cabeza fetal al dilatar en las primíparas la vagina y periné y cree que esta labor no se realiza sin que el cerebro del feto sufra golpes, presiones, perturbaciones circulatorias, hemorragias, etc., con grave detrimento de la futura inteligencia del niño, llegando á asegurar que en los cuentos populares, al conceder el papel más principal y lucido al hermano menor, se rinde culto á la verdad, pues entre varios hermanos, el mayor suele ser de inteligencia menos despierta, por la razón apuntada. No sabemos si estas ideas las ha expuesto en algún sitio, pero sí que de él las hemos oído, y fruto de semejante criterio es la comunicación de un discípulo suyo, hecha con su aprobación y aplauso, proponiendo introducir en la vagina un gran balón de Champetier de Ribes y llenarlo con 500 gramos de agua, en cuanto la dilatación del cuello tenga cierto diámetro y así el balón y no la cabeza fetal, sea lo que ensanche el paso.

Presumimos que el profesor Pinard exagera un poco, y que el medio propuesto no pasará de una honrada tentativa. La idea de prestar ayuda á la naturaleza, ha sido precisamente la complicación que ha producido más enfermedades y muertes, y la Tocolo-

gía comenzó á perder lo funesto de su arte, cuando se convenció de que aquella se bastaba y sobraba para conducir un parto á término; volver nuevamente por el camino de los recelos y suspicacias, creyendo á la naturaleza en falta, creemos sería enzarzarse en los peligros y dificultades de antaño.

Por si en el curso del período expulsivo fuera conveniente una aplicación de forceps se tendrá esterilizado previamente, sin aguardar las prisas de una indicación rápida para efectuarlo; pero precisa recordar que sólo conviene su uso cuando la indicación es formal. Desde que la Tocología se muestra menos propicia á utilizarlo, son más raras las fistulas vesico-vaginales, atribuídas á la acción isquemante de una cabeza encallada, pero que en realidad eran á menudo desgarros hechos con el borde de las cucharas del forceps. El forceps será siempre un instrumento de fuerza que puede dañar y si salva muchas vidas, no son raros, en los niños extraídos por tal medio, trastornos de la inteligencia y motilidad. Razón sobrada tendría Pinard si al hablar del estado mental de los hijos de primíparas, se hubiese referido á los extraídos mediante tal instrumento.

El saber utilizar el esfuerzo de la prensa abdominal, que en casos puede ayudarse con la expresión de Kristeller, puede ahorrar muchas aplicaciones de forceps. Algunas mujeres ignoran lo primero y el médico debe aleccionarlas en dicha práctica.

Después de los trabajos de Vaughan, Harley, Mosso Paoletti, Bozzi, Keim sobre la influencia de la ingestión de azúcar en la energía muscular, aunque en tal sustancia no se tenga una decidida confianza, para salvar á una parturiente de un apuro motivado por la languidez en las contracciones uterinas, no estará de más administrar durante el período de expulsión bebidas fuertemente azucaradas.

Cuando la cabeza solicita la dilatación vulvar es el momento en que la asistencia facultativa adquiere, de ordinario, su mayor eficacia: son muchos los partos en que la única intervención del médico está en la defensa del periné. No es que tal protección sea absolutamente indispensable; son muchas las mujeres que paren sin

ella quedando libres de desgarro, ni de la horquilla siquiera; es, sin embargo, muy conveniente, pues la seguridad de que ocurra así, no es posible tenerla de antemano.

Al estudiar la posición más adecuada que debe adoptar la parturiente para garantizar su periné, extraña saber que en ella ha intervenido en todo tiempo la costumbre y la moda, más que la convicción científica, y que la tomada por nuestras mujeres, la supina, no es la más propicia. En la posición que adoptan las inglesas, por ejemplo, en decúbito lateral izquierdo, se vigila mucho mejor el periné y su defensa es más factible.

Según Alt, Schröder y otros autores, la posición ideal es aquella en que la mujer se apoya con las rodillas y codos; en ella, la cabeza por su propio peso completa la flexión y se coloca bajo la arcada púbica, siendo solamente un 25 por ciento el número de parteras que tienen desgarro de alguna importancia, sin asistencia de ningún género y un 50 por ciento que quedan con la horquilla completamente intacta.

Buena ó mala la posición supina adoptada por nuestras parturientes, á ella nos hemos de referir, señalando desde luego la conveniencia de levantar la pelvis por medio de una almohada ó sábana doblada. Muy numerosos son los procedimientos recomendados para proteger el periné, diferentes más en la forma que en el fondo y constituidos por dos maniobras: completar la flexión de la cabeza para que ésta salga según el diámetro suboccipito-bregmático y procurar que la deflexión de la misma se haga sin ayuda de la contracción uterina y sí por la intervención del médico, ayudado, á lo más, por pequeño esfuerzo de la parturiente.

Para completar la flexión de la cabeza, se colocará el médico á la derecha de la enferma y con la mano izquierda bajará el occipucio hasta que la fontanela menor esté á siete centímetros por debajo del pubis, mientras que con el pulgar é índice ó con el pulgar tan sólo de la mano derecha, impedirá que la cabeza inicie la deflexión. Una vez realizada la flexión, el médico ordenará á la parturiente que respire hondo para evitar todo esfuerzo intempe-

tivo y procurará dilatar con la mano izquierda el orificio vulvar, haciendo salir las bolsas parietales una tras otra y luego, por compresiones sobre la frente á través del periné posterior (maniobra de Ritgen) ó en casos complicados con dos dedos introducidos en el recto (maniobra de Olshausen) realizará el movimiento de flexión cefálica, movimiento que, como tenemos dicho, debe verificarse en una pausa contractil.

Si por desarrollo extraordinario de la cabeza, ó por haber perdido el periné su elasticidad, se teme que no pueda terminarse el parto sin gran quebranto, se practicará la episiotomía ó incisión profiláctica, operación recomendada por los alemanes y por la que los franceses, tal vez por tradición, no sienten gran cariño.

Doleris la acusó de producir desgarros de la mucosa vaginal por extensión y Budin la tachó de inútil ya que, según él la resistencia principal estaba en el anillo himeneal y éste era el que debía incidirse en caso de resistencia; los franceses le han atribuído, además, producir una herida difícil de cicatrizar, siendo la cicatriz dolorosa y deforme y, principalmente, no impedir el desgarró en dirección al ano. Fabre en su reciente obra, recomienda que se utilice sólo en casos extremos.

No sabemos comprender la repugnancia que sienten los franceses por operación tan inocente como útil, bastando dos ó tres puntos de sutura para que de ella no quede sino el recuerdo.

La salida de hombros y pelvis será objeto de los cuidados necesarios ya conocidos por todos.

En la extracción del feto, debe tenerse gran cuidado en no tirar con demasiada fuerza de la cabeza fetal; cada día estamos más convencidos de la importancia extraordinaria que tiene para el porvenir del feto toda tracción violenta que afecte la médula.

Terminado el parto, una investigación minuciosa del periné se impone, y si ha habido intervención ó el feto salido es enorme, se examinará todo el conducto genital, con ánimo de hacer las reparaciones convenientes.

Como conclusiones de lo expuesto, puede decirse que la higiene del parto debe basarse en la contemplación y en la observación, con ánimo siempre receloso, de los actos fisiológicos que

en él se desarrollan; en atender á las exigencias de la limpieza más estricta, limitando los tactos vaginales á lo más preciso, y en defender la integridad del periné.

Reducido mi propósito á tratar de la higiene del parto exclusivamente, higiene que cada día por modo lento va evolucionando, doy mi tarea por terminada. Si en lugar de conducirnos hacia lo nuevo é interesante, como ardientemente deseaba, he molestado vuestra atención con ideas de puro viejas, olvidadas, perdonadme; mi intención estaba por encima de tan mezquino resultado.

HE DICHO.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD
DEL ORIGINAL DE ESTE LIBRO
HE HE VALERIO CASILLA

DISCURSO DE CONTESTACIÓN
DEL ACADEMICO DE NÚMERO
DR. D. VALENTIN CARULLA

ILTMO. SR.:

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES:

GRATÍSIMA emoción experimento, al cumplimentar el encargo con que me honrara la Academia, de dar la bienvenida al Dr. D. Felipe Proubasta, en esta su sesión de ingreso. Y tanto más me agrada, en cuanto no viene á empañar el brillo de esta fiesta, el hábito de tristeza habitual en tales actos; actos corporativos, en los cuales al unisón de festejar al que ingresa, hay que evocar el recuerdo del que fué!... Es más; muy hacedera me resulta la labor en el presente caso, ya que el historial de méritos y servicios que aporta el recipiendario—y que bien tuvisteis en cuenta al elegirle—me escudan de tener que rebuscar la frase cual de hiperbolizar conceptos, para llenar mi cometido.

Su brillante hoja de estudios, matizada de sobresalientes y de premios y coronada con el premio extraordinario; los cargos que ha desempeñado en las Juntas directivas de asociaciones científicas diversas; trabajos experimentales, comunicaciones académicas y artículos numerosos, testimoniando al publicista inteligente y pulero; son datos elocuentes para fundamentar, á guisa de pronóstico, lo

mucho y bueno que nos es dable esperar de su labor como académico.

Fuera de ello, confío en su clara inteligencia y me amparo en su buen sentido, al darle la bienvenida de modo liso y llano; que al empeñarme en ataviar la fiesta con galas que fueran de prestado, ya que para propias implicarían dotes que no poseo, resultara vana quimera; disonante de la sencillez, sinceridad y franqueza del recipiendario, que en su trabajo acaba de demostrarnos, que habida en cuenta el lastre científico que aporta, es de los que se bastan, de los que se imponen, de los considerados como *oro de ley*.

*
* *

Érase que se era el momento oportuno de entrar en materia, de glosar el trabajo y, dando con cabos sueltos ó con voluntariosa olvidanza, urdir el marco con que encuadrar á aquél. ¡Amarga realidad! esquilmo el campo, agotado el tema, nos queda tan solo un recurso, el de parafrasear lo dicho; de algún modo ha de serme dable, el finiquitar la representación con que, para este día, me honrasteis!

He ahí como sin advertirlo, animado del mejor deseo, me hallo en plena distocia. Confío con la *intervención* de vuestra proverbial benevolencia. A no ser ella, auguraría un fatal desenlace.

Mis queridos co-académicos: os cargo en cuenta de efectos, mi reconocimiento más profundo.

*
* *

El objeto del trabajo es poner de manifiesto las condiciones pertinentes al objeto de que no se perturbe todo parto, que se presenta con visos de normalidad.

Lo divide en tres secciones etiquetadas con los epígrafes de «acto á defender», «los peligros» y «defensa del acto.»

En la primera, se ocupa del parto natural, de sus causas, relata su mecanismo de acción, describe por modo magistral su curso y al correr de la pluma va detallando sus principales síntomas. Es una síntesis, acusativa de un concienzudo juicio analítico.

Menciona, en segundo lugar, los diversos peligros, procedentes del feto unos, pertinentes á la madre ó debidos á la asistencia prestada, otros.

Hemos de tener presente que la mayoría de las distocias fetales pueden ser previstas, y en ello justamente estriban las probabilidades de éxito para su debido tratamiento. Pertinente á la madre, reclama, como á norma, el parto normal, buena conformación y buen estado de salud y aunque actualmente no reina el pesimismo de antaño respecto á partos en edad avanzada, disipándose gradualmente lo de la anquilosis sacro-coxígea; no por esto deja de ser cierto, que el mecanismo de un parto fisiológico, reclama juventud en la mujer. Y al hacer referencia á los peligros inherentes á la asistencia prestada, tengamos en cuenta, por lo general, exámenes y maniobras no indicadas y por ende improcedentes y, aun en casos de indicación notoria, el haber sido practicadas por modo deseudado y á la greña con los cánones de la asepsis.

En estos casos se infecta la parida y al buscar la causa de los daños puerperales, nos hallamos lejos, muy lejos, de aquellos tiempos en que se hablaba de retención de loquios, en pos de lo cual apareció el concepto de la infección de la herida uterina, atribuyendo el papel de vector (considerando como á casual al veneno cadavérico) á los escolares anatómicos. En pos de *Trousseau* con sus disquisiciones diferenciales entre la puerta de entrada y la causa específica, llegamos á Pasteur y se nos presenta al *estreptococo piógeno* como á responsable. La teoría monomicrobiana es derrocada por la polimicrobiana, aunque en ella se dá por sentado que la electividad patológica corresponde á aquel. He ahí porque surge el deseo de descubrirlo á la menor sospecha, en el antro genital de la embarazada, parturienta ó púerpera y dar con la técnica necesaria; ya que no en vano ha de ser ello garantía para que resulte oportuna la intervención.

Constituye en la actualidad, pleno convencimiento, lo de la fre-

éüencia de la *hétero-infección*, cuyo mecanismo gira al rededor del tacto vaginal, de las intervenciones obstétricas y de la práctica de inyecciones vaginales usadas malamente; sin que por ello, y apesar de la negativa de algunos, podamos dudar nosotros de la existencia de la auto-infección; con todo y constituir minoría en el tanto proporcional de las infecciones puerperales.

*
* *

Aunque con marcada pausa, por modo gradual va desapareciendo la añeja costumbre de reclamar la asistencia facultativa en el parto, tan solo en los casos distócicos, y aun en ellos, al declararlo tal la comadrona, que era lo mismo que decir *tarde y con daño*; puesto que, de ordinario no *resignaba el mando* sino después de considerar agotados sus recursos, y ¿qué recursos?... híbrida mezcla de triacas, zahumerios, cataplasmas, con que poner en jaque á la familia, para su debida confección; caldos diversos, vinos, leche, atentando al mecanismo gástrico y por si ello no bastara, al objeto de patentizar sus conocimientos y justificar su pericia, con aometividad notoria, en una de tactos vaginales, depresión del periné, tanteos múltiples para la separación labial del cuello uterino, ruptura prematura de membranas y todo ello con desconocimiento de los preceptos pertinentes á la asepsis y por ende en condiciones abonadas de perturbar lo hígido y de que la consiguiente infección sea el resultado de un rutinario empirismo, con la agravante de temeridad notoria.

Perdone nuestro distinguido é ilustrado compañero Dr. Nubiola, el modo de señalar, por lo que respecta á la inculta, ignorante y supersticiosa asistencia comentada; bien sabemos que gracias á los preceptos de la enseñanza actual y á la misión pedagógica que el Claustro de nuestra facultad de medicina le confiara, han cambiado los tiempos y en general, sale de clínica la actual comadrona con bagaje científico suficiente, para hacerse cargo de cual es su misión y de lo limitado del circuito dó desplegar su actividad.

No se ha llegado á lo que debe ser, sin embargo el tocólogo es hoy llamado con frecuencia durante la gestación y así asiste al parto, habiendo previamente estatuido la pauta que ha de seguir en aquel caso concreto; y, al entrar en el hogar dó se ventila el problema del que depende se trueque en realidad vehemente deseo y de que se convierta en satisfacción naciente, lo que hasta entonces constituía futura esperanza; el médico, digo, convencido del deber que cumple cual de los medios que debe poner en práctica en aquel caso concreto, pues conoce la capacidad probable de la pelvis y posee datos de acomodación, presentación, posición fetal, etc., contribuye con el consuelo moral que aporta, á tranquilizar los espíritus de la parturienta y de sus deudos, y hace que la imaginación de aquella que se halla divagando de ordinario en un medio de inquietud y de zozobra, se someta en parte, conllevando mejor los sufrimientos materiales y contribuyendo á obtener la finalidad que se persigue, de ordinario, en plena normalidad.

* * *

¿Cuáles han de ser los cuidados preferentes en la asistencia al parto? ¿Qué línea de conducta debe trazarse el tocólogo para alejar el peligro de un daño puerperal? Bien dice *Playfair* que siendo casi imposible en obstetricia las precauciones rigurosamente antisépticas, cuanto mayor sea el cuidado que se tenga, la asepsis que prevalezca, así como, cuanto más nos acerquemos á la antiseptis perfecta, tantas mayores serán las probabilidades de éxito.

Cita *Bumm* lo peligroso de la mano que explora, habida en cuenta lo difícil de su desinfección, tanto más necesario, por otra parte, en cuanto, con harta frecuencia se las infectan médicos y comadronas con gérmenes procedentes de focos de supuración de los loquios y de las secreciones pertinentes á los más variados procesos morbosos; dado lo cual deben limitarse en cuanto sea posible, el número de exploraciones á la par que desinfectar nuestras manos así como los genitales externos de la parturienta.

He ahí fundamentados los consejos de *Budin* y *Demelin* de frotar con cepillo empapado de agua jabonosa, manos y antebrazo durante varios minutos, limpiando cuidadosamente los espacios subungueales y los surcos que encuadran las uñas. Bañarse las manos, después de tal lavado, durante unos minutos en una solución de sublimado y secarse luego con toallas ó paños previamente esterilizados.

Más aun, he ahí el porque de aconsejar, cual hace el cirujano, el empleo de guantes de goma debidamente esterilizados y, una vez calzados, el sumergir la mano en una solución de creolina al 2 por 100.

Al sintetizar lo expuesto y teniendo en cuenta los peligros que en sí acarrea el tacto vaginal á no extremar las precauciones anti-sépticas, por otra parte de sí dificultosas, ¿dejaremos de practicarlo durante el mecanismo del parto, cual expresa *Leopold* entre otros? Acaso tal maniobra ¿no constituye un dato precioso de exploración con el cual poder fundamentar un diagnóstico? ¿El aclarar la presentación y posición fetal así como el cerciorarse del estado del cuello uterino, averiguando el grado de dilatación del mismo y saber si hay ó no procedencia de cordón ó de miembros, no es de sumo interés, cuando en múltiples circunstancias de su desconocimiento dimanen letales consecuencias que eran evitables?

El tacto debe practicarse, es cierto, pero las menos veces posible y en todas ellas con los cuidados necesarios á la desinfección de la mano que explora, previa una *toilette* antiséptica vulvar.

* * *

Descontemos lo que se refiere á la desinfección de los genitales externos con el empleo de la solución caliente de bicloruro de mercurio, jabón y un paño ó gasa hidrófila esterilizada, etc.

¿Y en cuánto á la vagina? *Krönig* deduce de sus investigaciones, no ya tan solo la inutilidad del empleo de las irrigaciones vaginales, si que también su notoria nocividad. No dejan de tener impor-

tancia los considerandos en que se funda para expresar lo dicho, ya que efectivamente, por una parte parece ser que las secreciones vaginales de las embarazadas poseen propiedades bactericidas y por otra parte, resulta notoria la ineficacia de una inyección para destruir los gérmenes patógenos contenidos en la vagina y en cambio, es suficiente para arrastrar y alterar las secreciones vaginales, anulando ó inhibiendo, cuando menos, por lapso temporal, sus propiedades bactericidas.

Hay quien sostiene que el lavado de la vagina por las aguas del amnios y el paso del feto á frote de las paredes vaginales, se bastan para expulsar todos los micro-organismos.

En cambio, numerosos son los autores que vienen preconizando dar en pos de la desinfección vulvo-perineal, una inyección vaginal antiséptica al 1 por 4000 de bicloruro ó de biyoduro de mercurio, de lisol al 2 por 100, ó bien de permanganato de potasa al 1 por 1000, encaminando con el dedo índice la cánula en todos sentidos, al objeto de que resulte completo el contacto de los líquidos con las paredes vaginales. *Bar, Brindan y Chambrelent* expresan claramente, que en los casos ordinarios las proscriben en absoluto.

Dice nuestro compañero, lo que en síntesis vamos á exponer: tengamos en cuenta además de las infecciones de origen heterógeno, los casos de auto-infección consecutivos á la penetración de los microbios vaginales (procedentes, por lo tanto de la zona inferior ó microbiana).

Por lo tanto, debe servirnos de norma; espectación armada, desinfectar con soluciones antisépticas la región externa, protegiendo con gasa esterilizada á los genitales y, no interviniendo con inyecciones, mientras impere la normalidad; mientras no se presenten síntomas acusativos de infección en puerta.

De tratarse de mujeres en las cuales, por lo que fuere, se han practicado tactos con relativa frecuencia ó maniobras sin precauciones antisépticas; mujeres que no ofrezcan sospechas de hallarse infectadas; ó bien á tratarse de parto de muchos días que bien presupone pluralidad de reconocimientos practicados; en los casos de rotura de membranas con infección del huevo ó propagada á la madre; ó en aquellos, por último, en que una pérdida grande de sangre

nos hace presumir fundadamente una hipoactividad de las defensas orgánicas..... recurriremos al empleo de las inyecciones, y para tales casos vuelven á recomendarse las elegidas por *Tarnier* á base de yodo y de yoduro de potásio ó con un 1 por 100 de trementina.

* * *

No vamos á seguir al disertante cerca á los especiales cuidados y defensas que recomienda y pertinentes á cada uno de los períodos del parto. Tengamos presente con cuanta razón al terciar entre los partidarios y detractores del baño general como á primera providencia, que debe tomar toda parturienta, nos dice que es preferible, y que resulta mejor no exponernos con el baño á que entre suciedad en la vagina á favor del agua, y en cambio procurar que llegue la mujer al parto, con el cuerpo limpio á beneficio de previa balneación. Y fijemos con *Bar*, *Brindeau* y *Chambrelet*, que el papel del partero durante el período de acortamiento del cuello y de dilatación en la inmensa mayoría de los casos; queda fundamentado en los siguientes preceptos: *paciencia*, *vigilancia* y *asepsia*.

En llegando al período expulsivo, que es el momento oportuno de cumplir el médico su misión, se ordenará se acueste la paciente; auscultaremos el corazón fetal en períodos de 10 á 15 minutos; procuraremos guarde la parturienta una posición vinculada al esfuerzo, acostada plana sobre el dorso, flexionadas sus extremidades inferiores y ligeramente separadas una de otra, apoyando los piés sobre el colchón.

Precaver la repleción excesiva de la vejiga urinaria, tener esterilizado el forceps á previsión, y esperar el momento de defensa del periné, llegando, si cabe, á su incisión profiláctica, cuando circunstancias especiales á ello obliguen; pero, únicamente entonces.

En dos palabras: el médico al asistir al parto, procurará rodear al mismo, de todas las circunstancias necesarias al objeto de que el acto fisiológico no se convierta en patológico, recordando que á tal

objeto y en tésis general, bastará que una conducta expectante sea la norma que elija el partero.

*
* *

Señores académicos: al terminar la honrosa labor que me confiasteis, permitidme os diga, he hecho cuanto me ha sido dable para llenar mi cometido, habida en cuenta que he tenido de oficiar de *vulgo médico*, por tratarse de materia pertinente á especialidad de la que es maestro el recipiendario y en la cual, con muy buena voluntad, no me reconozco con aptitud ni para desempeñar el papel de acólito.

Doctor Proubasta: procurad que este ingreso que festejamos, no venga á representar en nuestrá vida académica un simple contacto inicial, subseguido de perdurable eclipse. Que no ocurra lo que con otros Astros académicos, que en pos de cruzar por el horizonte de esta docta Corporación, tanto se han distanciado de la misma, que apenas si nos es dable conservar esfumado recuerdo. Creo conoceros lo suficiente, para predecir compartiréis nuestra labor, siguiendo el ejemplo de muy dignos académicos nuestros, cuya asiduidad y cuyos trabajos nos admiran y seducen.

De cumplirse tal deseo... ¡bienvenido seais!

HE DICHO.