intolerables. Aunque sólo fuera por la acción antipútrida del naftol en el intestino, sería aceptable el medicamento; nada digo de su acción protectora sobre el riñón por el ácido benzoico que se elimina con la orina; claro está: ahora impera la urotropina y hay que seguir la moda; el benzonaftol, que yo recomendé en esta misma Academia en mi discurso de ingreso, se ha hecho ya demasiado antiguo; era preciso proponer otro medicamento más moderno para seguir la corriente de la moda; pero yo, que consecuente en mis afectos lo soy también en mis procedimientos, mientras no me convenza de la superioridad indiscutible de lo que se inventa continúo con lo que me da buenos resultados; así creo que sirvo mejor los intereses de mis enfermos y los de la ciencia.

Comunicación sobre un caso de aplicación de fórceps en el estrecho superior

(Sesión del 30 de enero de 1915)

SEÑORES:

En el curso pasado tuve el honor de exponer aquí el procedimiento que utilizo para las aplicaciones muy altas de fórceps. Vengo hoy a ofrecer a vuestra consideración un caso resuelto por medio de dicho proceder en el que concurrían cuantas circunstancias pueden agravar una aplicación de tal cuantía en mujer de pelvis normal.

Por parte de la madre maleaban el pronóstico el ser primípara, de genitales estrechos, llevar cuatro días de parto, haber sido ya intervenida, estar infectada y en plena atonía uterina.

Por parte del feto concurrían las condiciones desfavorables de ser voluminoso, presentarse en O. I. D. P. y dar señales evidentes de sufrimiento.

Antes de relatar el caso recordaré brevemente el método utilizado y que llamo de extracción fetal con presión intermitente del fórceps.

1.er tiempo.—*Aplicación del fórceps según el diámetro órbito-mastoideo.*—Estamos convencidos de que ésta es la aplicación mejor, a pesar de la inclusión de un globo ocular en el interior de una cuchara.

En asunto de tanta monta como es la manera de aplicar el fórceps en el estrecho superior, disienten grandemente las escuelas francesa y la alemana.

Dicen los franceses que el fórceps debe colocarse según el diámetro oblicuo de la pelvis; mas creemos que tal consejo es erróneo y que atávicamente se perpetúa. En nuestra práctica sólo hemos logrado aplicarlo en tal forma en cabezas fetales si bien aun no incluídas la excavación, pero ya encajadas y en O. I. I. A. En cabezas no encajadas, este intento nos ha fracasado siempre; pues el periné y la rama horizontal del pubis se oponen al avance de la rama anterior. Y aunque la aplicación en diámetro oblicuo fuera posible en el estrecho superior, la rama anterior se opondría al descenso de la cabeza fetal.

La escuela alemana, con el insigne Doderlein (1) a la cabeza, recomienda la aplicación de las cucharas en los extremos del diámetro transverso de la pelvis materna, lo cual está más en consonancia con las posibilidades de la práctica, con una pequeña salvedad, y es, que al realizarlo así se nota que la primera cuchara introducida, automáticamente se desvía algo en busca del diámetro oblicuo, pero ni con mucho lo suficiente para que pueda decirse que la presa es oblicua.

2.º tiempo.—*Tirar únicamente durante la contracción uterina, y una vez haya cesado desajustar el fórceps para atornillarlo nuevamente durante la próxima contracción.*

Por tal medio se logra:

1.º Que la presión del fórceps, causa de innumerables muertes fetales y manantial de múltiples encefalopatías graves de la infancia, actúe el tiempo estrictamente necesario.

2.º Que la cabeza fetal, libre en el intervalo de las contracciones, vaya evolucionando y adaptándose, merced al impulso de la contracción que se inicia, tiempo en que las ramas no están aún adaptadas y que la voluntad del tocólogo puede acrecer con sólo demorar el ajuste del fórceps.

3.º Como por este procedimiento se obtiene que la cabeza fetal paulatinamente se adapte al fórceps, la viciosa y aun peligrosa colocación de éste queda tan corregida al llegar el polo fetal a la excavación, que una segunda aplicación es innecesaria, hecho casi siempre indispensable en las aplicaciones por el proceder usual, pues de no hacerlo así se corren los siguientes peligros: escape de fór-

---

(1) **Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs.**

ceps por su mala colocación y haberse ya deslizado algo al llegar la cabeza a la excavación; persistencia de la presión sobre el globo ocular; desgarros del periné y de la parte superior de la vulva por impedir las cucharas la flexión completa de la cabeza fetal y su correcta orientación y por los daños que puede ocasionar la misma cuchara cercana al ángulo púbico.

El caso que vamos a relatar creemos es interesante no sólo por su gravedad, sino también por las modificaciones que originó la falta absoluta de contracciones.

El día 27 de julio del año pasado, a las cinco de la mañana, fuí llamado con toda urgencia para asistir a una parturiente habitante en la calle de Montesión.

Los antecedentes eran los siguientes:

El día 23, o sea cuatro días antes, se rompieron extemporáneamente las aguas.

El día 24 iniciáronse los dolores, débiles y raros, que se acentuaron algo en los días 25 y 26.

Viendo la familia que el parto hacía tres días que se prolongaba, sin que pudiera sospecharse el cuándo y cómo de su terminación, reclamó los auxilios de su médico, uno de los más distinguidos internistas de esta ciudad, quien le administró a las seis de la tarde del día 26 dos centímetros cúbicos de pituitrina en inyección subcutánea, que fué repetida a las diez de la noche, en cuyo momento tenía la parturiente 38.4 de temperatura.

A pesar de las inyecciones de pituitrina, las contracciones fueron aminorándose cada vez más hasta desaparecer en absoluto.

A las dos de la madrugada del día siguiente, 27, el médico de cabecera, que en los azares de su numerosa clientela ha aplicado muchas veces el fórceps, intentó extraer el feto por dicho medio; pero viendo la ineficacia de sus esfuerzos, desarmó el fórceps y pidió los auxilios de un tocólogo.

Fué en este momento cuando requerido por la familia y por tan distinguido comprofesor, me hice cargo de la parturiente.

La hallé extenuada por el cansancio físico y moral y con la vista encendida por la fiebre, pues estaba seguramente en aquel momento a más de 39°.

Al examen obstétrico noté: la matriz en semicontracción permanente, la vulva con edema, la vagina muy estrecha, el cuello uterino en dilatación casi completa, notándose aún un reborde de un dedo en la parte anterior formado por el labio anterior uterino.

El feto, que era de término, se presentaba de vértice en posición O. I. D. P. con la cabeza deflexionada y colocada por encima del estrecho superior. El corazón fetal latía rápida e irregularmente.

En resumen: se trataba de una D. P. deflexionada, situada aún en el estrecho superior, con infección amniótica, paro absoluto de los dolores y dando el feto señales evidentes de sufrimiento.

El caso era particularmente grave, y comprendiéndolo así los que rodeaban a la parturiente, me pidieron intentara salvar a ésta ya que daban por descontado el que pudiera sacarse un feto vivo.

Después de sondar a la enferma, pues había retención notable de orina, hice una aplicación de fórceps según el procedimiento indicado, movilizándose la cabeza fetal a la cuarta o quinta tracción, espaciadas convenientemente para imitar al parto normal, y llegando a ingresar dentro de la excavación al cabo de pocas más.

Al llegar a este punto el parto, la atonía completa de la matriz motivó algún hecho digno de mención.

El primero fué el siguiente: a medida que la cabeza fetal en extensión en el estrecho superior desciende, se flexiona; pero al acercarse el mentón al tórax del feto, la cuchara aplicada en la cara no sigue el movimiento ascencional de ésta, con lo cual el fórceps ya no coge de lleno la cabeza.

Este accidente lo solventamos en los casos normales no ajustando el fórceps hasta que el dolor uterino haya actuado algo, con objeto de dar a la cabeza fetal tiempo de hundirse entre las cucharas del fórceps; pero en este caso, la contracción uterina faltaba y tal finalidad no pudo lograrse. Pero si la no completa introducción de las cucharas, estando la cabeza fetal en el estrecho superior, provoca el deslizamiento del fórceps, por la oblicuidad notable en que éste queda con respecto al eje fetal, en la excavación ya no es de tanta importancia y con sólo no extremar las tracciones se saca sin daño mayor al feto. Debe, sin embargo, vigilarse el periné, pues en casos de vulva estrecha pueden las cucharas desgarrarlo antes que la cabeza fetal se apoye en él.

Otra pequeña complicación se presentó por la falta misma de contracciones uterinas. En los casos en que existe el esfuerzo uterino, el fórceps, utilizado según hemos dicho, apenas sufre alteración en sus relaciones con los ejes transversos pelvianos, persistiendo siempre la orientación primitiva, pues la rotación cefálica se hace principalmente cuando las cucharas no están ajustadas. En cambio, en nuestro caso, la rotación sólo podía realizarse durante la tracción, girando la cabeza juntamente con el fórceps, necesitándose, por tanto, rectificar la colocación de las cucharas cada vez que se cerraba el instrumento, tarea fácil por poco que se tenga lo que podría llamarse el sentido del fórceps, pues el desplazamiento a cada dolor, es pequeño.

El feto salió en posición O. S. con la cabeza cogida por el fórceps, según el diámetro pre-auricular, única presa correcta en tal posición.

El feto se había, por tanto, adaptado a las cucharas del fórceps.

Era el feto del sexo masculino, de más de 4 kilos; nació en estado de muerte aparente y con una pequeña erosión en la piel que recubre la apófisis mastoides, estigma frecuente en niños que han sufrido una aplicación alta de fórceps, pues les queda una pequeña cicatriz al curar la lesión, como recuerdo indeleble de la intervención hecha.

Dada la infección amniótica, se hizo al feto un lavado concienzudo de ojos, nariz, boca y cordon umbilical, tocando con tintura de iodo la erosión mastoidea. Sufrió, no obstante, un pénfigo estreptocócico no grave.

El periné, por la estrechez y edema de la vulva y la posición O. S. de la cabeza fetal, se desgarró hasta el ano, suturándolo algunas horas más tarde, previa una abundante irrigación intrauterina y estando la parturiente a 40°6 y en pleno delirio.

Si me atreví a suturar el periné en estas circunstancias, fué por contar como elemento de sutura la crin de Florencia, tan justamente alabada en estas circunstancias por nuestro compañero doctor A. Esquerdo por su impermeabilidad, y también por creer que la desinfección, hecha a conciencia, de la cavidad uterina, acabaría con la infección.

La enferma tuvo ligera fiebre durante cinco días, anotándose como temperatura máxima 38°.

El periné se infectó, rompiendo las crines, algo los tejidos hinchados por la inflamación, pero curándose perfectamente la herida por las soluciones de continuidad formadas. Una limpieza sostenida acabó con la infección, se quitaron los puntos de sutura a los catorce días, quedando el periné perfectamente reconstituído.

Pudimos, por tanto, salvar a la madre e hijo; la influencia que tuvo el proceder en el éxito, lo dejo a vuestra consideración.

Terminaré señalando cuatro puntos importantes, de los que el citado caso es ejemplo:

1.° Las aplicaciones altas de fórceps son oblicuas respecto a los ejes del cráneo fetal, al vertical del cuerpo del feto y algo respecto a la pelvis materna.

2.° Las O. I. D. P. no encajadas, con rotura extemporánea de la bolsa de las aguas y trabajo enojoso (*tedious labor* de los ingleses), constituyen una distocia gravísima, de las más graves de Obstetricia, no obstante ser la presentación cefálica, no comprendiéndose como dada su frecuencia, por lo menos así ocurre en nuestra ciudad, las obras de Tocología no las citan especialmente.

Para remediarla, aun tocólogos expertos pueden provocar graves trastornos, contándose entre los principales: lesiones oculares que pueden llegar a la enucleación, hundimientos craneales, desgarro de la matriz con muerte súbita y rotura de la sínfisis púbica.

Las causas de tal distocia se nos escapan, notándose, sin embargo, la frecuencia de coincidir tal distocia con fetos de cierto volumen y ser primípara la parturiente.

3.° Las inyecciones de pituitrina en tales casos, son un pobre recurso.

4.° El alumbramiento en esta clase de parturientes es fácil y normal generalmente, a pesar de que, a *priori*, debieran temerse accidentes por la atonía en que la matriz estaba durante el parto.

J. PROUBASTA

Comunicación del DR. PEYRÍ, 30 Enero 1915

Lucha contra la lepra en España y en Cataluña

SEÑORES:

Se está removiendo actualmente el problema sanitario de la lepra en España. El Ministerio de la Gobernación ha redactado una memoria estadística (1) sobre la distribución de la lepra en España, a la finalidad de hacer atmósfera entre los representantes del país para que éstos comprendan el interés del asunto y faciliten elementos para la localización y extinción de los focos leprosos.

Un señor senador pidió un crédito de 100.000 pesetas para la lucha antileprosa, que no precisaba el cómo de la inversión del crédito, y no fué aprobado si bien no por este motivo.

(1) En la parte de información médica excelentemente redactada por el doctor García del Mazo.