

MANUAL DE OBSTETRICIA

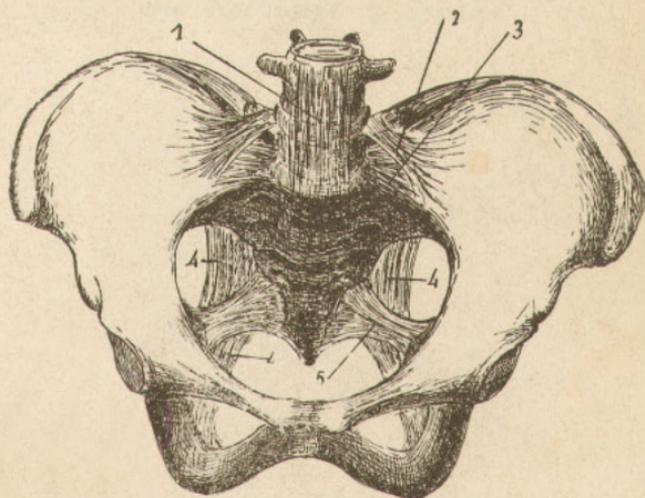
PARA EL USO DE LA
MATRONA

POR EL

DR. CÁRLOS MONCKEBERG

Profesor libre de Obstetricia i especialista en las enfermedades
de los niños.

CON FIGURAS INTERCALADAS EN EL TESTO



SANTIAGO DE CHILE
ESTABLECIMIENTO POLIGRÁFICO ROMA

Calle de la Bandera, 30

—
1898

CAPÍTULO IX

Del alumbramiento

Se da el nombre de *alumbramiento* a la espulsion natural o artificial de los anejos del feto: placenta, membranas i cordon.

El mecanismo de espulsion de la placenta, debida a los solos esfuerzos de la naturaleza, se divide en tres tiempos: *1.º tiempo*, la placenta i las membranas pierden sus conexiones con el útero i se desprenden; *2.º tiempo*, la placenta es arrojada del útero a la vajina; i *3.º*, la placenta es arrojada fuera de los órganos genitales.

1.^{er} tiempo. *Desprendimiento de la placenta i de las membranas.*—Despues de la espulsion del feto, el útero, órgano muy retráctil, disminuye mucho su cavidad, i por efecto de esta retraccion la superficie de insercion de la placenta disminuye de estension a causa de que la placenta es poco retráctil, i no pudiendo seguir al útero en su retraccion, se desprende. Este desprendimiento comienza inmediatamente despues de la espulsion del feto i se completa bajo la influencia de las contracciones uterinas.

Mientras tanto, las membranas están adheridas a la pared uterina, tapizándola en gran parte; el corion i la caduca no se separan de la pared uterina sino despues de la placenta, la que por su peso i por el empuje que recibe de la contraccion i retraccion uterina, produce la separacion de las membranas, cualquiera que sea la manera de presentarse la placenta.

Cuando la placenta está desprendida, es arrojada por la contraccion uterina al segmento inferior, al que distiende.

2.^o tiempo. *Espulsion de la placenta fuera del útero.*—Una vez la placenta en el segmento inferior, nuevas contracciones la hacen caminar i la encajan al traves del orificio uterino, que se dilata de nuevo. Este paso es tanto mas fácil cuanto mas pequeña sea la placenta i ménos retenida esté por la adherencia de las membranas.

3.^{er} tiempo. *Espulsion de la placenta fuera de los jentales.*—La placenta llega a la vajina i permanece ahí un tiempo mas o ménos largo cuando se abandona el alumbramiento a sí mismo. En algunas mujeres, desde que llega la placenta a la vajina es proyectada afuera, a causa de las contracciones uterinas, de las contracciones de la vajina i del esfuerzo reflejo que se produce en el momento en que la masa placentaria se apoya en el periné; en otras puede permanecer la placenta en la cavidad vaginal mas o ménos tiempo.

El conocimiento de la marcha del alumbramiento es indispensable, a fin de poder intervenir si uno u otro de estos tiempos tarda mucho en verificarse, o si sobreviene durante ellos alguna anomalía que origine peligro a la mujer.

Por la *palpacion* la matrona podrá observar los cambios de situacion i volúmen del útero.

En los casos normales, inmediatamente despues de la espulsion del feto, el fondo del útero se halla a 1 o 2 centímetros por debajo del ombligo; si el útero está bien retraido tiene la forma de un tumor globuloso, duro i regular, lo que constituye el *globo de seguridad*. La consistencia del útero es mayor en la

primipara que en la múltipara, en el intervalo de las contracciones.

El útero durante el período del alumbramiento tiene un movimiento ascensional, así inmediatamente despues de la espulsion del feto, Schweder ha comprobado que el fondo del útero se eleva a 14 centímetros por encima de la sínfisis i despues de la caída de la placenta al segmento inferior llega a 20 centímetros, es decir se elevó 6 centímetros.

El *tacto* no debe hacerse durante el alumbramiento, sino lo ménos posible, i cuando se llegase a practicar, el dedo podrá reconocer la manera de presentarse de la placenta i si está retenida en el útero o encajada en la vagina.

Un error contra el cual debe estar prevenida la matrona cuando tacta, es el de tomar por placenta, cuando se presentan por su cara fetal, las membranas llenas de sangre, líquida o semi-coagulada; éstas tienen una superficie regular i lisa, miéntras la placenta da la sensacion de una blandura pastosa.

Cuando ya la placenta ha perdido sus conexiones con el útero, éste, contrayéndose i ayudado por algunos esfuerzos, encaja la placenta en el cuello, la que despues de franquearle pasa en parte o en totalidad a la vagina, de tal modo que se puede alcanzar la insercion del cordon sobre la placenta; *solo en este momento*, si ningun accidente ha obligado a intervenir ántes, se *tendrá derecho a terminar el alumbramiento*.

La matrona podrá creer que la placenta se habrá desprendido completamente al cabo de 20 o 30 minutos, aumentando su

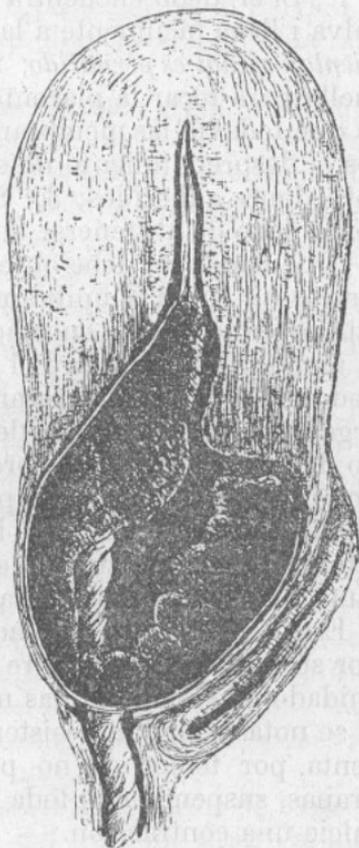


Fig. 147.—CORTE ANTERO-POSTERIOR DEL ÚTERO DURANTE EL PERÍODO DEL ALUMBRAMIENTO.

seguridad, cuando por una lijera traccion sobre el cordon le haga salir de la vulva unos 15 o 18 centímetros.

Pero es necesario asegurarse por el tacto, entendido que lo hará con todas las precauciones antisépticas, del grado de encajamiento de la placenta en la vajina, i en esta parte pueden presentarse tres casos:

1.º Si el dedo encuentra la placenta a poca distancia de la vulva i llega fácilmente a la insercion del cordon: *el alumbramiento vajinal es permitido*; 2.º el dedo necesita llegar hasta el cuello para tocar la placenta; conviene esperar porque es seguro que todavia las membranas estan adheridas. En algunos casos el desprendimiento no es total quedando todavia algunos cotiledones adheridos; 3.º Si el dedo no alcanza a tocar la placenta debe de abstenerse de toda intervencion.

¿Qué conducta debe observar la matrona en cada uno de estos casos? En el alumbramiento vajinal cuando la placenta está profundamente encajada en la vajina: la matrona aplica la mano izquierda sobre el fondo del útero a traves de la pared abdominal, para enderezar la anteversion fisiológica de este órgano i vijilar su estado de contraccion o relajacion; con la mano derecha envuelve el cordon en un poco de algodón antiséptico i lo coje lo mas cerca posible de la vulva con el índice i el medio, ejecuta tracciones lijeras al principio un poco hácia atrás, despues horizontalmente, i por último, hácia arriba i adelante a medida que la masa placentaria se aproxima a la vulva.

Esta se entreabre; la placenta aparece ya por su cara fetal o por su borde i caeria sobre el plano de la cama, si no se tiene cuidado de sostenerla; las membranas siguen inmediatamente, si se notase alguna resistencia, se modera la salida de la placenta, por temor de no producir una rasgadura de las membranas, suspendiendo toda traccion desde el momento que se inicie una contraccion.

2.º En el alumbramiento vajino-uterino, cuando la placenta está desprendida, es accesible al dedo, pero está detenida en el conducto cervical; si nada apremia, la matrona debe esperar, si el estado de la mujer es apremiante, debe exigir la presencia de un médico, caso de no encontrarse éste i la vida de la mujer peligra, debe intervenir ella.

Los métodos aconsejados son tres principalmente: 1.º el método francés *de tracciones* sobre el cordon; 2.º el *método de Credé* o de espresion placentaria; i 3.º *extraccion manual* de las secundinas.

El primer método consiste en colocar inmediatamente des-

pues del parto una mano en el fondo del útero i friccionarlo suavemente para mantener el estado de retraccion uterina solicitando así el desprendimiento de la placenta. Obtenido esto i la placenta está en parte encajada en la vagina, se ejercen tracciones tomando el cordon cerca de la vulva; estas tracciones varian de direccion segun que la inversion del cordon esté en relacion con la parte anterior o posterior de la pélvis i segun que se encuentre en la parte derecha o izquierda de la vagina.

La matrona debe tener mui presente esta regla capital: *No debe hacer jamas traccion sobre el cordon sin haberse asegurado de antemano por el tacto, del desprendimiento de las secundinas i de su encajamiento en la vagina. El tacto le permitirá reconocer que la placenta está desprendida cuando el dedo introducido alcance fácilmente la inserción del cordon sobre la placenta.*

En el momento que la placenta llega a la vulva o cuando ha atravesado por completo este orificio se experimenta a veces cierta resistencia debida a que las membranas no están completamente desprendidas; en este caso se toma la placenta con ámbas manos, se la hace ejecutar movimientos de rotacion sobre ella misma, procurando que la torsion se estienda a las partes mas elevadas, o se contenta simplemente con ponerlas tensas sin ejercer traccion.

El segundo método de *espresion placentaria*, consistió en aplicar la mano sobre el útero i friccionarlo, *cuando se le sienta contraerse* se coje con una mano o con las dos su fondo, i cuando la contraccion haya llegado a su máximum de intensidad se aprieta sobre el fondo i sobre las paredes del útero, empujándole hácia la pequeña pélvis. La placenta i la sangre son espulsadas, volviendo el útero a ocupar su altura normal.

Este método tiene la ventaja sobre el anterior de evitar la introduccion de la mano; la rotura del cordon, destruye algunas adherencias.

Un método que llamamos *mixto* es el de combinar la traccion con la expresion, i creo que es el mejor por cuanto con él se aprovechan las ventajas de los dos métodos anteriores.

3.º Método de *esiraccion manual*, este método no debe usarse sino en el caso de que hayan fallado los anteriores i un accidente repentino exige el alumbramiento rápido; este método consiste en introducir la mano en la vagina i en el cuello, i cojer la masa placentaria, inmovilizando el útero con la otra mano.

El alumbramiento artificial consiste en la estrac-

cion de la cavidad uterina de la masa placentaria i anexos por medio de la mano que va en busca de ellos.

Sus *indicaciones* dependen de las complicaciones que pueden sobrevenir durante este período.

Las **complicaciones** que puedan sobrevenir, dependen o bien de *dificultades* del primer i segundo tiempo, o bien de *accidentes* que ponen en peligro la vida de la mujer, i a veces se juntan los dos jéneros de complicaciones.

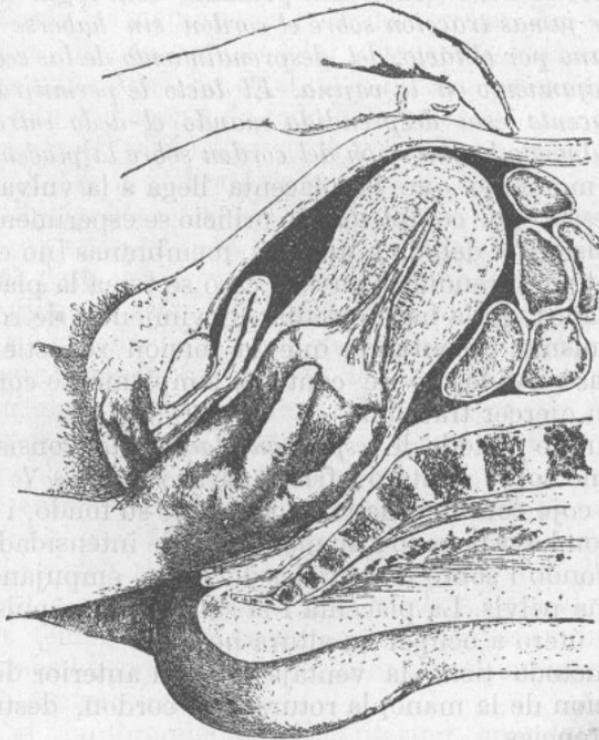


FIG. 148. ESTRACCION MANUAL DE LA PLACENTA SITUADA EN EL SEGMENTO INFERIOR I EN PARTE DE LA VAJINA

La mano derecha ha cojido enteramente la placenta i le imprime cierto movimiento de rotacion para terminar el desprendimiento de las membranas; la mano izquierda mantiene el útero.

Las *dificultades* se deben: 1.º ya a la falta de desprendimiento de la placenta; 2.º ya a la retencion de la placenta por el útero, cuyas fibras presentan un estado anormal de contractura.

En el *primer caso* tenemos lo que se llama *inercia* del útero. Este al espulsar el feto parece haber agotado su energía durante el parto, i es incapaz de contraerse, la mano que lo palpa encuentra una sensación de blandura tal, que sus contornos no pueden limitarse; en este estado el desprendimiento no puede verificarse, i el tiempo pasa sin que la parida corra ningun peligro.

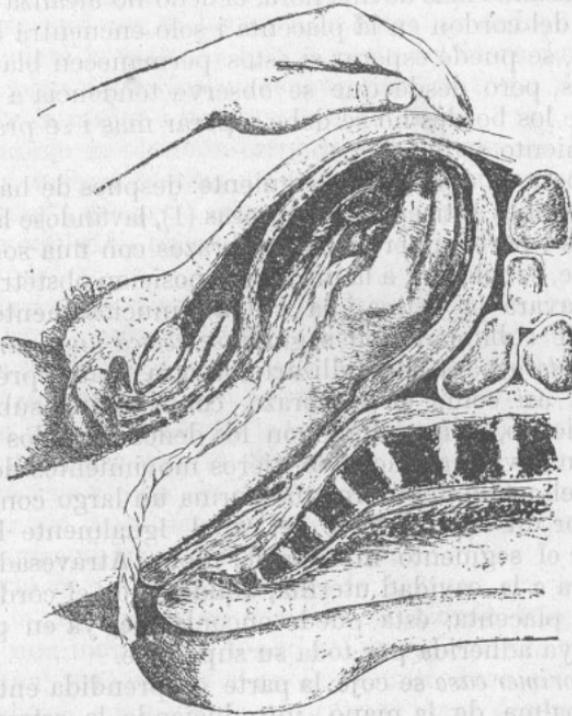


FIG. 149. ALUMBRAMIENTO UTERINO ARTIFICIAL

La mano derecha está en el útero i separa con la estremidad de los dedos la porcion de placenta adherida. El antebrazo está en parte en el segmento inferior del útero i en parte en la vagina. La mano izquierda sostiene el útero i sirve de auxiliar i de guía a la mano derecha.

La conducta que hai que observar en estos casos es la siguiente: si la mujer no pierde sangre, lo que ocurre cuando la placenta está adherida en toda su superficie, la matrona hará

fricciones, enérgicas al útero e inyecciones intra-uterinas o solo intra-cervicales de agua hervida a 48 o 50 grados.

La matrona *no deberá abandonar una mujer parida que haya sufrido inercia uterina ántes de cuatro o cinco horas*, para que si se presentase de nuevo la inercia pueda acudir a los mismos medios antedichos.

En el segundo caso si despues del parto, la retraccion se ha verificado convenientemente i el útero ha sufrido su ascension normal; pasando mas de una hora, el dedo no alcanza a tocar la insercion del cordon en la placenta i solo encuentra los bordes del cuello, se puede esperar si éstos permanecen blandos i entreabiertos, pero desde que se observe tendencia a la aproximacion de los bordes no se debe esperar mas i se practicará el alumbramiento artificial.

La manera de operar es la siguiente: despues de haber tomado precauciones antisépticas rigurosas (1), lavándose las manos, antebrazos i parte superior de los brazos con una solucion desinfectante, se colocará a la mujer en posicion obstétrica; luego despues lavará la vajina i la vulva minuciosamente con una solucion de sublimado; en seguida *se coloca una mano sobre el fondo del útero* para inmovilizarlo; la otra mano, préviamente engrasada así como el antebrazo, con vaselina sublimada o aceite fenicado, se introduce con los dedos reunidos en forma de cono en la vajina, haciendo lijeros movimientos de tornillo, atraviesa el cuello del útero que forma un largo conducto, separado por un lijero relieve del canal, igualmente largo, formado por el segmento inferior del útero. Atravesado éste, la mano llega a la cavidad uterina, donde sigue el cordon que le lleva, a la placenta; ésta puede encontrarse, ya en parte desprendida ya adherida por toda su superficie.

En el *primer caso* se coje la parte desprendida entre el pulgar i la palma de la mano, introduciendo la estremidad de los dedos reunidos en el ángulo entrante, formado por la placenta i el útero; en seguida se hacen presiones a pequeños golpes sobre la placenta, cerca del vértice de este ángulo i se desgarran poco a poco todas las adherencias. Debe tenerse presente que no se debe retirar la mano ántes que toda la placenta esté desprendida, a no ser que algunos cotiledones estén muy adheridos.

En el *segundo caso* se comienza a desprender por un punto cualquiera de su periferie, teniendo cuidado de respetar el te-

(1) Véase asepsia i antisepsia.

jido uterino, cuya delgadez es mayor en el punto de insercion placentario; en este caso la mano colocada sobre el fondo es muy útil para poder apreciar el espesor. Desprendido un punto cualquiera se continúa como en el primer caso.

Terminado el desprendimiento se coje la placenta con toda la mano, se la extrae por medio de tracciones suaves, que permitan a las membranas desprenderse a su vez; luego despues se examinará la placenta para ver si su cara uterina está o no completa, si hubiesen quedado algunos cotiledones que no pudiesen desprenderse, se les aplasta entre los dedos i el pulgar.

No olvidará la matrona que la parte del útero donde estaba inserta la placenta forma un relieve, para no tratar de extraerla i esponer a la mujer a una ruptura del útero.

Al examinar la placenta estraida, se verá que sus bordes son regulares i su cara uterina no presenta ningun vacío i una zona mas o ménos estensa de membranas la rodea; si se sospechase que algun cotiledon ha quedado adherido se debe entrar a buscarlo.

La matrona por ningun motivo debe dejar de hacer el exámen de los anexos del feto. Para lo cual debe colocar los anexos en la misma posicion que tenian en el útero; de este modo podrá reconocer si falta algo.

Otra de las *dificultades* es la retencion de la placenta por el útero, cuya fibras tienen un estado anormal de contractura; esto se observa a menudo por una administracion intempestiva del cornezuelo de centeno; a veces es solo el cuello el asiento de esta contractura, o bien el útero entero.

La conducta que debe observar la matrona en este caso, es colocar a la parturienta en posicion obstétrica, luego despues se coloca una mano en el fondo del útero, i la otra la introduce en la vagina, para dilatar el cuello; se introduce primero el índice, dilatando suavemente el orificio, luego despues se introduce el medio i luego el anular hasta que la mano pueda penetrar en el útero i extraer la placenta; es conveniente ántes de proceder a la dilatacion darles baños jeneralizados i enemas laudanizados para obtener mas fácilmente la relajacion de la fibra muscular.

En algunos casos es solo una parte del útero la que se contrae de un modo irregular produciendo una especie de estrangulacion en su cavidad, lo que se llama *engastamiento* de la placenta; de modo que la cavidad uterina estaría como dividida en dos cavidades, una que contiene la mayor parte de la placenta desprendida i a la cual se llega con facilidad i una tras cavidad que

contiene la parte no desprendida i en que el músculo uterino se presenta mui delgado.

Esta complicacion la reconocerá la matrona por la elevacion e irregularidad del útero; en un punto de su superficie el útero presenta una estrangulacion que separa la cavidad del engastamiento.

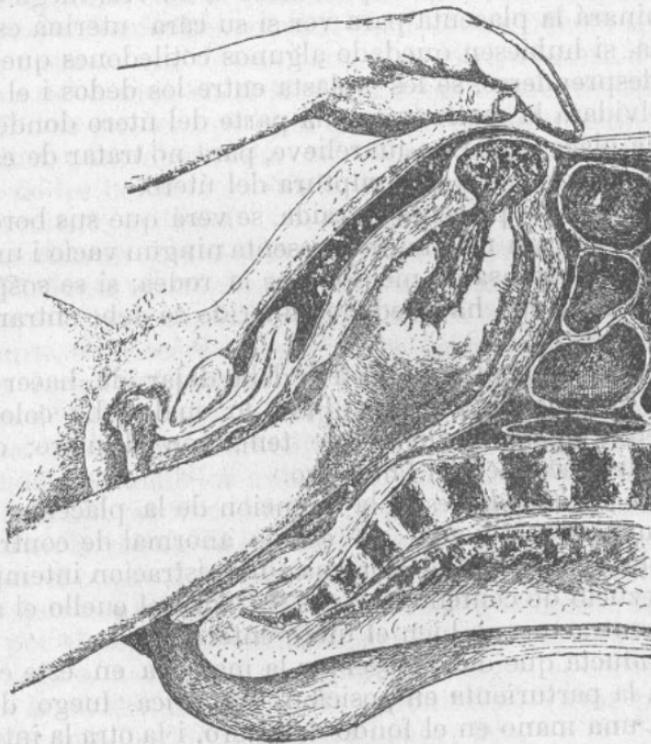


FIG. 150. ALUMBRAMIENTO UTERINO EN UN CASO DE ENGASTAMIENTO

La mano derecha i una parte del antebrazo estan en la cavidad uterina, los dedos tratan de penetrar a travez del orificio estrechado en la tras-cavidad, en la cual una parte de la placenta i de las membranas está todavia adherida. La mano izquierda inmoviliza el útero al nivel de la rejion en que existe el engastamiento.

La matrona debe proceder en este caso como en el anterior: introduce la mano hasta llegar a la cavidad engastada, i procede como en el caso de contraccion del cuello.

antiséptica, de lisol, por ejemplo. En seguida practicará una inyección vaginal con una solución antiséptica, de sublimado al 1 por 4000, o una solución fenicada al 2 por 100, o de lisol; después se deja correr un poco la solución antiséptica para lavar la vulva de la sangre que pudiese haber quedado en ella, después se aplica sobre la vulva un tapón de algodón fenicado o boricado, que se mantiene fijo por un lienzo que pasa por debajo de las nalgas i que por delante se fija en una cintura colocada por encima de las caderas.

La inyección intra-uterina solo se hará en el caso de que haya habido intervención manual o instrumental durante el parto o el alumbramiento, o en los casos que el feto haya nacido muerto i macerado.

Después de limpiados los genitales, se quitan todas las ropas sobre que ha parido la mujer, se la abriga, colocándole botellas calientes a los pies, i darle a beber, si lo desea.

En seguida, si todo ha sido normal, la matrona debe asegurarse del estado del pulso; del estado de retracción del útero, de la cantidad de sangre que pierde i después de haber dejado sus instrucciones a la enfermera o a la familia sobre la madre i el niño, podrá retirarse solo una vez que *hayan trascurrido por lo ménos tres horas después del parto*. El niño se debe poner al pecho 5 o 6 horas después de haber nacido.

CAPÍTULO X

Cuidados que se deben prestar al recién nacido

Como el niño nace cubierto de unto sebáceo, sobre todo en los pliegues de flexión, puede la matrona, en el espacio que transcurre entre el parto i el alumbramiento, ocuparse del niño, siempre que en la madre no haya ocurrido ningún accidente que obligue a ocuparse solo de la madre; en este caso debe colocarse al niño en manos de una cuidadora, i si ésta no existe, colocarlo en un lugar donde no pueda sufrir un enfriamiento, envolviéndolo en paños calientes i colocándolo de costado para que pueda con facilidad dar salida a las mucosidades.

En seguida procede a la limpieza del niño, para lo cual debe tener preparado algodón hidrófilo que lo empapará primero en

aceite, friccionando bien el cuerpo del niño sobre todo en los pliegues de flexion, despues se toma otro algodón que se empa en una solucion jabonosa, frotando al niño por todas partes; una vez que se ha hecho esto se introduce al niño en el baño, que debe tener una temperatura de 37 a 38 grados, manteniéndolo con la mano izquierda, de modo que el pulgar esté bajo la axila, el índice sostenga la cabeza i los dedos restantes bajo la otra axila; con la otra mano se le frota i lava con algodón hidrófilo, es necesario tener cuidado de que los ojos del niño no esten en contacto con el agua; pasados dos o tres minutos se saca del baño i se le envuelve en una toalla-esponja calentada préviamente, se le enjuga bien i una vez que esté bien seco, se le empolva sobre todo en las axilas, pliegue de la ingle i rejion interglútea con polvos de almidón o licopodio.

Hecho esto se examina al niño para ver si no existe alguna deformidad, como pié contrahecho, dedos suplementarios, falta de ano, labio leporino, etc. si existiera alguno de estos vicios de conformacion se debe avisar a la familia para que el médico intervenga lo mas pronto que sea conveniente. En seguida se examina si la ligadura del cordón ha quedado bien hecha; si hai algun derrame sanguíneo, debe practicar la ligadura de nuevo; si todo está bien debe proceder a la cura del cordón, para esto se envuelve el cordón en algodón esterilizado i se echa hácia la izquierda, manteniéndolo por medio de una faja de franela poco apretada.

En seguida se procede a vestir al niño, esto varía segun el país, el clima, la temperatura i los haberes de la familia.

El vestido que mas se usa en Chile, es la *mantilla*; para vestir al niño, se prepara de antemano una camisita de algodón o batista, cuyas mangas se han pasado por una almilla de franela; se hace penetrar sucesivamente cada miembro superior del niño en la manga correspondiente; esto se facilita introduciendo el pulgar, el índice i el medio en la manga, distendiéndola suficientemente, hasta que las estremidades de los dedos lleguen a la abertura axilar de la manga, se coje entónces la muñeca del niño i se tira de ella hácia afuera; despues se coloca una segunda almilla de piquet mas ancha; en seguida se acuesta al niño boca abajo, se reunen hácia atrás i en cruz los bordes de la camisa i de la almilla i se atan los cordones que sirven para fijar la segunda almilla; estos vestidos no deben pasar del ombligo.

Se coloca al niño de nuevo boca arriba, de modo que descansé sobre el pañal de lienzo fino, por debajo debe haber una mantilla de lana i una de algodón o piqué; con el pañal se en-

vuelve el vientre del niño, despues, separadamente, cada uno de sus miembros inferiores; en seguida se plegan las mantillas alrededor del tronco i de los miembros; hecho esto, se dobla hácia arriba i se los ata hácia atrás. Debe tenerse cuidado que las mantillas no esten mui apretadas, porque podrian dificultar los movimientos respiratorios, ni deben subir mucho debajo de las axilas. En cuanto al uso de la gorra si el niño está en un lugar abrigado o ha nacido en la época de verano lo mejor es no ponerle gorra i de hacerlo, sería una de algodón, o un simple pañuelo de seda.

Al niño se le acostará en su cuna i por ninguna razon en la cama de su madre; la cuna no debe tener cortinas i estar colocada a cierta altura.

El niño, por lo jeneral, duerme i traduce sus impresiones por medio de gritos; la matrona debe recomendar i enseñar a la familia la manera cómo deben hacer el aseo; siempre que el niño esté mojado o sucio, se le debe lavar i limpiar las rejiones glúteas i jenitales, espolvoriándolas en seguida con almidon o licopodio; así se evitan los eritemas de estas rejiones.

Al niño es mui conveniente darle todos los dias un baño corto de dos o tres minutos i a la temperatura de 25 a 30 grados; si el niño es mui exitable se darían de 30 a 32 grados, esto los calma i hace dormir, estos baños los dará primero la matrona i recomendará a la familia su uso.

Ademas deberá lavarse los ojos del niño durante los primeros dias con agua boricada con el objeto de impedir el desarrollo de oftalmias.

Si existiere epidemia de viruela debe recomendar la vacunacion del niño al tercer dia.

Fenómenos fisiolójicos que se verifican en el niño en el primer tiempo de su vida extrauterina.

En primer lugar el número de pulsaciones en el recién nacido es próximamente de 137 por minuto durante los dos primeros meses, de 128 entre el segundo i el sexto mes, i de 120 los últimos seis meses del primer año.

Las modificaciones que sobrevienen en los vasos umbilicales tienen lugar en el cordon, no circulando la sangre en él se forma coágulo en la vena, las arterias se contraen i la porcion del cordon que no ha sido cortado, se disminuye i deseca, formando un cordon aplastado, de color moreno i de consistencia córnea; al nivel de su insercion umbilical se forma un surco de eliminacion; el cordon desecado cae al 4.º o 5.º dia; en los niños robustos demora hasta 15 dias la caida del cordon.

En la pared abdominal, las tunicas de los vasos umbilicales se fijan al contorno del anillo fibroso del ombligo; las otras tunicas de las arterias se contraen poco a poco hácia el púbis, del mismo modo la vena se contrae hácia el hígado.

La *respiracion* es de 54 por minuto, haciéndose mas frecuentes durante el sueño.

La temperatura del recién nacido es de 37°6, existiendo una diferencia de 0.05 entre la temperatura axilar i la rectal.

En el *aparato digestivo* la leche es introducida al estómago del niño por succion, en la boca no sufre ningun cambio porque la cantidad de saliva es mui poca, no así en el estómago donde la digestion es mas activa, a causa de la poca capacidad del estómago, razon por la que no debe darse al niño sino pequeñas cantidades de leche.

La leche se coagula en el estómago, el suero es absorbido i las otras sustancias pasan al duodeno, se disuelven bajo la accion del jugo pancreático i de la bilis.

Las cámaras del niño durante los primeros dias están constituidas por el *meconio*; si el niño es amamantado por la madre, luego aparecen las cámaras de color de oro.

El número de deposiciones del niño es de 2 a 4 en los primeros dias, despues solo una o dos en las 24 horas.

Secrecion urinaria. La cantidad de orina emitida por el niño es: durante su primera mixion de 10 gramos i a medida que el niño aumenta de peso la orina tambien aumenta.

La *piel* sufre tambien cambios, de un color amarillo que era se vuelve un poco azulada i rojiza, i *comienza a descamarse* en pequeñas porciones o en anchas placas.

En algunos recién nacidos de los dos sexos, se nota una tumefaccion de las dos mamas, i luego sobreviene un derrame de líquido lactecente, mas o menos espeso. Esta fluxion va acompañada de hinchazon dolorosa i la piel se pone rojiza a veces; se forma un abceso que termina por supuracion.

En estos casos la matrona debe de indicar la aplicacion de compresas boricadas calientes cuidando el no hacer compresiones ni masaje sobre la glándula.

Si llegare a formarse un abceso, lo que conocerá por la fluctuacion, ordenará llamar un médico para que lo incinda.