

terioritat una o moltes voltes no poden ésser considerats com a incluits en un servei de previsió perfecta. Finalment resten dos casos més interessants sota el punt de vista obstètric.

Es refereixen a dos casos de distòcia per mala presentació fetal, podàlica l'un, i de cara l'altra, després d'una perllongada prova de part. Una senzilla extracció podàlica solucionà el primer cas. El segon, més laboriós, fou resolt mitjançant una versió interna seguida de sinfisiotomia de complement. El resultat matern, bo en ambdós. Els fetus extrets en estat d'asíxia blanca foren reanimats difícilment, el darrer sobretot. Assolírem un ritme respiratori franc, mercès a la respiració artificial, insuflació, injecció d'adrenalina intracardíaca i subcutànies d'icoral i lobelina, àdhuc en el primer dels casos, obtinguérem bons moviments actius, un plor, encara que dèbil, però ambdós moriren a les poques hores.

La intervenció en si, francament, no fou tan laboriosa que per si sola pogués infringir lesions meningo-encefàliques i somàtiques greus als dos fetus que ocasionessin la seva pèrdua. Cal afegir als possibles traumatismes operatoris el sofriment fetal que ocasionà la defectuosa presentació. Ella sola pot representar un estat de deficient resistència que una maniobra pot agreujar. Ja sabem l'elevada mortalitat de les presentacions de cara i la major gravetat de l'extracció podàlica comparada amb la versió.

I com a traumatismes fetals hem de fer esment d'una fractura de clavícula després d'una extracció podàlica seguida de sinfisiotomia pel cap últim amb un fetus d'un pes de 4.000 grams, que curà ràpidament i espontàniament sols amb quatre dies d'immobilització.

El tercer grup del quadre anterior representa altres incidències obstètriques observades, les quals no es presten a gaires comentaris els síndromes puerperals en els quals hem tingut ocasió d'actuar. Cal dir que no es refereixen a les anteriors observacions, sinó que són malalties vistes en consulta, però estranyes a la nostra conducció.