

## MEMORIAS CIENTÍFICAS I LITERARIAS.

---

*OBSTETRICIA.—De algunas dificultades del parto de nalgas.—Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de medicina, por don Alejandro Medina.*

Señores:

El 19 de setiembre de 1876 entraba a ocupar el número 8 de la casa de maternidad una infeliz ya casi moribunda: sus fuerzas enteramente abatidas, su postracion extrema, sus largos sufrimientos, la pequeñez del pulso i su rostro, en el que estaba grabado el sello de la muerte, me hacia temer una próxima i fatal terminacion.

Las caritativas mujeres que la habian traído a la casa, pudieron darme algunos antecedentes que resumiré en dos palabras: madre de una numerosa familia, ella era su único sosten i apoyo; el excesivo trabajo habia minado su constitucion débil de por sí, i 30 horas de un parto que la naturaleza no podia terminar, la habian colocado en tan desesperante estado.

La llegada del profesor de obstetricia, Dr. Adolfo Murillo, no se hizo esperar mucho tiempo i por una de esas brillantes operaciones, que lo honran, vi cambiarse completamente aquella escena.

Nuestra enferma abandonaba el hospital pocos dias después en franca convalescencia.

Esta leccion, dada a la cabecera de una enferma, e impresionado altamente por el buen suceso obtenido, me servirá siempre de inolvidable estímulo.

A la vista de los sufrimientos de esta infeliz pude comprender, lo que ya habia estudiado en los testos, que si bien el parto es un acto fisiológico, solo una línea lo separa del patológico.

Son tantas las causas que pueden perturbar el embarazo i el puerperio, que es rara la mujer que no sufre si quiera algun leve accidente, i no se crea que ésto es únicamente patrimonio de la especie humana: toda la escala animal participa de la misma suerte.

Algunos autores han dicho, i repetido muchos otros, que los animales, principalmente los que no estaban domesticados, parian sin dolor alguno.

Aún se ha dicho que las mujeres sufrían, mas o menos, segun el mayor o menor refinamiento de sus costumbres. ¿Tendré acaso necesidad de refutar semejantes ideas? A todo trabajo de parto es inherente el dolor. No se crea por esto que no hai escepciones i el boletín de observaciones de nuestra maternidad nos muestra algunos raros casos.

Estudiar las diversas causas que pueden perturbar el trabajo del parto, es una tarea demasiado larga i mi poca esperiencia no me suministraria los datos necesarios. Me contentaré únicamente con llevar el contingente de mis débiles fuerzas al estudio de un punto, pero de los mas delicados de la obstetricia.

## I.

El parto por la estremidad pelviana era mui temido por los antiguos comadrones i aún Sympson, el distinguido profesor de Edimburgo, lo colocaba entre los partos no naturales, al lado de las presentaciones de tronco.

La antigua distincion de parto de pié, de rodillas i de nalgas, ha sido completamente abandonada desde que Dubois demostró que el mecanismo del parto era el mismo, ya sea que el feto se presente al estrecho superior en su posicion normal, o bien los miembros abdominales se hallen estendidos a lo largo de su plano anterior o sean los primeros que penetren a la escavacion para constituir las variedades ya nombradas.

Examinando las diversas clasificaciones que se han propuesto de las presentaciones i posiciones del feto, se ve que los comadrones cada dia tienden a simplificarlas mas, haciendo menos penoso el estudio de la obstetricia.

Así, han reconocido que el mecanismo del parto es siempre el mismo, ya sea que el feto se presente por el vértice por el tronco o las nalgas, i han convenido en admitir 6 tiempos, cualquiera que sea la presentacion que se considere.

De este modo, para el parto de nalgas son:

- 1.<sup>er</sup> tiempo.—Encojimiento de las nalgas.
- 2.<sup>o</sup> — Descenso de las —
- 3.<sup>o</sup> — Rotacion de las —
- 4.<sup>o</sup> — Desprendimiento de las —
- 5.<sup>o</sup> — Rotacion interna de la cabeza.
- 6.<sup>o</sup> — Espulsion de la cabeza.

No todas las presentaciones son igualmente frecuentes, pues las de vértice son mucho mas comunes que las de nalgas.

Mad. Lachapelle ha encontrado 1390 de la estremidad pelviana entre 27985 de los partos totales; i de 20517 ha visto Mad. Boivin 611 de nalgas.

Se presenta la estremidad pelviana:

Una vez por cada 30,	segun Collins.
— — — — 35,	— Rhamsbotham.
— — — — 24,	— Joullin.
— — — — 25,6	— Depaul.
— — — — 70	— Stoltz; pero no to-

maba en cuenta mas que los nacimientos de término.

Para no hablar mas que de los partos de nalgas, diremos tambien que no todas las posiciones se ven con la misma frecuencia. Las posiciones sacro-ilíacas izquierdas son mas frecuentes que las derechas i la variedad izquier-

da anterior, la mas comun de todas; a la que sigue la derecha posterior. Tal es el resultado de las observaciones de Mad. Lachapelle, Dubois, Naegéle, etc.

La estadística de la maternidad de Santiago, aunque muy reducida todavía, difiere un poco de estos antecedentes.

Héla aquí:

### ESTADÍSTICA DE LA MATERNIDAD DE SANTIAGO.

#### PRESENTACIONES DE LA ESTREMITAD PELVIANA.

MESES I AÑOS.	N.º total de partos.	Total de las presentaciones de la estremitad pelviana.	POSICION SACRO-LATERAL IZQUIERDA.			POSICION SACRO-LATERAL DERECHA.			POSICION SACRO-SACRO.
			V. anterior.	V. posterior.	V. trasversal.	V. anterior.	V. posterior.	V. trasversal.	
			Setiemb. de 1875.....	45	2	1	1	.....	
Octubre —	71	2	2	.....	.....	.....	.....	.....	
Noviembre —	59	4	1	.....	3	.....	.....	.....	
Diciembre —	46	3	2	.....	1	.....	.....	.....	
Enero de 1876 .....	45	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
Febrero —	41	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
Marzo —	37	1	1	.....	.....	1	.....	.....	
Abril —	40	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
Mayo —	42	1	.....	.....	1	.....	.....	.....	
Junio —	41	4	3	.....	1	.....	.....	.....	
Julio —	52	2	1	.....	1	.....	.....	.....	
Agosto —	39	2	2	.....	.....	.....	.....	.....	
Setiembre —	62	1	1	.....	.....	.....	.....	.....	
Octubre —	71	4	1	.....	2	.....	.....	1	
Noviembre —	71	6	3	.....	2	.....	.....	.....	
Diciembre —	53	1	1	.....	.....	.....	.....	.....	
Enero de 1877 .....	60	2	.....	1	1	.....	.....	.....	
Febrero —	37	2	1	.....	.....	.....	1	.....	
	912	37	20	2	1	11	1	1	1

Como se ve, en 912 partos ha habido 37 de nalgas, lo que da 1 de nalgas por cada 24,6 de los partos totales.

Segun los resultados que examinamos, las variedades izquierda-anterior i derecha-anterior han sido las mas frecuentes.

Ha llamado mi atencion, cuando el feto se presenta por la estremitad pelviana, el número relativamente considerable de partos prematuros i de fetos muertos. Hé aquí la estadística del

*Estado del feto en el total de los partos de nalgas que han presentado algo de particular.*

MESES I AÑOS.	NUM. DE FETOS.	POSICIONES.	ESTADO DEL FETO.	OBSERVACIONES.
Setiembre 1875.	1	s. i. i. a.	vivió pocas horas.	Prematuro de 6 meses. Atribuye su parto a un golpe.
Octubre —	1	s. i. i. a.	muerto.	Prematuro en el 9.º mes. Sífilis materna. Muerto el feto desde algunos días.
Mayo 1876.	1	s. i. d. a.	.....	El feto salió algo asfixiado.
Junio —	1	s. i. i. a.	.....	El feto algo asfixiado.
— —	1	s. i. i. a.	.....	Encefalocelo por falta de desarrollo de los huesos que forman el bregma i espina bífida.
— —	1	s. i. i. a.	muerto.	Parto prematuro de 7 meses: feto en descomposicion avanzada. Una vuelta del cordón al cuello.
— —	1	s. i. d. a.	muerto.	Parto a los 7 meses. Feto muerto de una semana. Después de una fuerte impresion de cólera, suspension de los movimientos.
Julio —	1	s. i. i. a.	.....	El feto algo asfixiado.
— —	1	s. i. d. a.	muerto.	Aborto de 6 meses de una mujer que tiene sífilis constitucional.
Agosto —	1	s. i. i. a.	.....	Prematuro de 8 meses durante los prodromos de una viruela confluyente.
Setiembre —	1	s. i. i. a.	muerto.	En término. La muerte del feto debe atribuirse al estado febril en que estuvo la madre durante 3 días.
Octubre —	1	s. i. i. p.	.....	Prematuro al fin del 8.º mes, en el curso de una neumonia.
— —	1	s. i. i. a.	.....	El feto nace algo asfixiado porque la cabeza tardó algo en salir.
Noviembre —	1	s. i. i. a.	muerto.	Prematuro de 7 meses. El cordón con una nudosidad i dilataciones varicosas.
— —	1	s. s.	muerto.	Prematuro de 7 meses por hidropesia del amnios.
— —	1	s. i. d. a.	.....	Feto en descomposicion. Causa de la muerte, desconocida. Nada en los anexos.
— —	1	s. i. i. a.	.....	Pesó 3670 gramos i nació bastante asfixiado.
Diciembre 1876.	1	s. i. i. a.	muerto.	Prematuro de 7 meses por muerte del feto.
Enero de 1877.	1	s. i. i. p.	muerto.	Véase la observacion 1.ª
— —	1	s. i. i. t.	muerto.	Véase la observacion 2.ª
Febrero —	1	s. i. d. t.	.....	Véase la observacion 3.ª
Total de los muertos.....				10
— de los partos prematuros.....				10
El feto salió algo asfixiado.....				6

En la seccion de observaciones de esta 2.<sup>a</sup> estadística, están enumeradas las causas a las que se ha atribuido el parto prematuro en estos 10 casos, que, como puede verse, son mui variadas.

Todos los comadrones están de acuerdo en que el parto por la estremidad pelviana, se verifica a menudo naturalmente como el de vértice. Pero si la distincion de presentaciones de pié, de rodillas i de nalgas no tiene razon de ser en cuanto al mecanismo del parto, el clínico no debe olvidar que la vida del feto corre mucho mas peligro cuando los piés son los primeros que se presentan al estrecho superior. En cuanto a las rodillas, Mad. Lachapelle en 37,895 partos solo 11 veces vió que se presentaran las primeras. Es pues una variedad mui rara.

Un médico distinguido, en un trabajo reciente, ha dicho que está persuadido que una cuenta exacta de la mortalidad de las madres, suministraria una cifra superior a la que se observa cuando la presentacion es de vértice.

Si el corto número de partos que se han verificado en nuestra maternidad permitiera sacar alguna conclusion, hubiera tenido gusto en comprobar la aseveracion de Bailli; solo he hallado un caso, relatado en la observacion 3.<sup>a</sup>, en que la madre murió 19 días después de un parto de nalgas, a consecuencia de la fiebre puerperal.

En cuanto a la mortandad de los fetos no admite duda: es mucho mayor en el parto de nalgas que en el de vértice, i si el comadron no estuviera presente pronto a intervenir o a prestar al recién nacido los auxilios necesarios, la mortandad alcanzaria todavía una cifra mui superior; basta considerar que en los 37 partos observados, 6 fetos han sido salvados de una asfixia inminente i de una muerte cierta, por los solícitos e inteligentes cuidados que se les ha suministrado; esto es sin tomar en cuenta las veces en que el feto ha muerto, a pesar de todos los esfuerzos hechos por arrebatarle a tan funesto fin.

Segun Dubois, en el parto por la estremidad pelviana

muere 1 niño por cada 11, mientras que en las presentaciones de vértice, muere 1 por cada 50. No hace mucho tiempo la cifra de la mortandad por los partos de nalgas se hacia subir mucho mas; pero estaban comprendidos todos los niños nacidos por la estreinidad pelviana, sin tomar en cuenta los accidentes estraños a la presentacion i que habian podido producirles la muerte.

La mortalidad de los fetos, en el parto por la estreinidad pelviana, tambien alcanzaria una cifra mui elevada en nuestra maternidad, si tomáramos en cuenta los que han muerto por una causa ajena a la presentacion.

A ejemplo de Dubois, dejando a un lado estos casos, resulta que en 28 partos han muerto 2 fetos; o bien 1 por cada 14.

Tales resultados sorprenden, sino se examinan atentamente las muchas causas que pueden perturbar el parto por la estreinidad pelviana; pues, a primera vista parece que hubiera de ser mas favorable que en cualquier otro caso, presentándose el feto al estrecho por su estreinidad mas pequeña i reducible para preparar el conducto pelviano al paso de la cabeza.

Las dificultades que puede ofrecer este jénero de partos se observan en todos los tiempos que hemos admitido i no siempre se presentan aisladas, sino que es frecuente ver dos o mas de ellas, que la desgracia reune, poner en peligro la salud de la madre o amenudo determinar la muerte del feto.

## II.

### DIFICULTADES DEL PRIMER TIEMPO.

Las primeras contracciones del útero tienden a poner el feto en las mejores condiciones para penetrar en la escavacion. Si el vértice es el que se presenta, como la bóveda craniana es poco compresible i voluminosa, no

puede penetrar al conducto pelviano sino doblándose para ofrecer sus diámetros mas favorables.

La estremidad pelviana, que comprende toda la parte inferior del feto desde la cresta iliaca i que se presenta amenudo formando una sola masa, no necesita evadir la dificultad, deja reducir su volúmen por los esfuerzos uterinos i se adopta al conducto que debe atravesar al fin de un tiempo mas o menos largo.

No deja de llamar la atencion el hecho de que la cabeza penetre a la escavacion muchas veces, una o dos semanas antes que principie el trabajo i tome la posicion que conservará mas tarde, mientras que es tan raro que las malgas descendan, que médicos de una larga práctica obstetrica no lo han visto nunca. Esto deja sospechar la poca tendencia que tiene esta estremidad fetal de contraer relaciones fijas con el estrecho, aún cuando se haya declarado el parto.

La razon de esta dificultad consiste en que la estremidad pelviana está formada de partes múltiples, piés, piernas etc., i que si bien comunmente están las piernas dobladas sobre los muslos i éstos sobre el plano anterior del abdómen, no por eso dejan de experimentar movimientos de lateralidad que impiden el encajamiento, apoyándose, para inutilizar el esfuerzo uterino, en cualquiera de las partes laterales del estrecho.

A esto se agrega que las contracciones de la matriz no son enérgicas. La inercia uterina es inherente a la presentacion de malgas.

Se ha tratado de explicar esta falta de enerjía de las contracciones, tan comunmente observada, por el alejamiento i blandura de la parte fetal, que no adaptándose al segmento inferior del útero i no presionando sobre el cuello, lo priva de esta excitacion tan útil i necesaria para despertar las contracciones simpáticas del órgano.

Muchas veces influye en esta falta de encajamiento la mayor o menor inclinacion con que se presenta al estre-

cho superior la parte fetal de que tratamos i así aunque el órgano jastador se contraiga vigorosamente, gastará sus fuerzas en corregir la oblicuidad de la presentacion, tanto mas difícil de conseguir cuanto que la blandura flexibilidad de las partes, les permite ceder al esfuerzo, disminuyendo de este modo la impulsión, inutilizando, i tomar en seguida su antigua posición.

La dilatación del cuello uterino se hace con lentitud en estas presentaciones; pues, no ofreciendo un punto de apoyo conveniente, por su alejamiento, a las fibras longitudinales del cuerpo, que tienen que luchar con la resistencia de las fibras circulares del orificio uterino, es evidente que emplearán un tiempo mas largo que el que hubiera demorado en circunstancias mas favorables.

Se sabe el importante papel que desempeñan las membranas i el líquido amniótico en el trabajo del parto en cualesquiera de las presentaciones. Su importancia es tan grande que no solo sirven para proteger al feto de los peligros de una compresión directa por parte del útero, demasiado prolongada, sino que ayuda eficazmente a la dilatación del cuello i aún facilita las operaciones necesarias de la obstetricia. Ordinariamente cuando la dilatación está avanzada i ya no se encuentra sostenida la parte inferior de las membranas, i las contracciones son enérgicas se verifica su ruptura a impulsos del líquido amniótico, que fluye inmediatamente en cantidad mas o menos considerable.

En las presentaciones de vértice, la cantidad de líquido que emana es poco abundante i se derrama lentamente, un poco a cada contracción, porque la misma impulsión que lo hace salir, empuja la cabeza que se adapta como una tapa al orificio i lo cierra herméticamente.

Nada mas comun que en las presentaciones de tronco se derrame el líquido amniótico enteramente con la ruptura de las membranas i lo mismo en las presentaciones

de nalgas, verificándose algunas veces con ruido, como sucedió en la mujer objeto de la observacion 3.<sup>a</sup>

Seria siquiera tolerable que se derramara el liquido amniótico cuando el cuello está algo dilatado, pero no al principio del parto, como desgraciadamente es tan comun en las presentaciones pelvianas, en que la integridad de las membranas es tan necesaria para reemplazar la presión de la parte fetal, mantener la regularidad de las contracciones, evitar la caída del cordón i proteger al feto, espuesto por el solo hecho de la presentacion, a tantas causas de muertes.

Hai todavía una circunstancia, por desgracia no mui rara, que se refiere al primer tiempo, que dificulta el parto, por no decir lo hace imposible, si el arte no acude en auxilio de la naturaleza: me refiero a las oblicuidades del útero. Algunos tienen la falsa idea de que esta disposicion de la matriz se encuentra solo en las mujeres que han tenido muchos hijos, pero es igualmente comun en las primíparas, teniendo en estas últimas un peligro mayor que en las que ya han sido madres.

En efecto, en las múltiparas se ha cumplido ya la delicada funcion del parto, mientras que en las otras estamos ignorantes de sus buenas o malas aptitudes para un acto que se va a verificar por la primera vez.

Así se explica que algunos médicos hayan querido aplicar el forceps porque no avanzaba el trabajo en partos en que creían el cuello completamente dilatado, porque no encontraban los bordes del orificio i podían tocar claramente las suturas i fontanelas al través de la delgada pared anterior de la matriz que empujaba la cabeza.

Esto debe ponernos en guardia i hacernos fijar mas en una causa de distocia, amenudo tan olvidada i que con un poco de atencion i una exploracion atenta no seria difícil descubrir i remediar, haciendo posible un parto de nalgas que de otro modo no se hubiera efectuado.

## DIFICULTADES DEL SEGUNDO TIEMPO.

Es necesario no olvidar que la división del trabajo del parto en seis tiempos no es natural sino puramente artificial, para comprender mejor su mecanismo. Así, para que principie el movimiento de rotación no es preciso que haya terminado el de descenso o segundo tiempo, pues ya antes ha comenzado a efectuarse. De la misma manera, mientras se termina el primer tiempo, con el encajamiento al estrecho superior, empezará también el segundo y las mismas causas que hayan podido perturbar el fin del uno estorbarán al otro que se inicia. Es así como la desviación de los miembros pelvianos puede dificultar el principio del segundo tiempo, lo mismo que ejercer su funesta influencia en todo el trayecto que recorrerá la extremidad fetal, hasta llegar al suelo de la pelvis, tomando un punto de apoyo en cualquiera parte de la escavación.

Para vencer tal dificultad no tiene el útero más que sus esfuerzos, que empleará a veces durante muchas horas consecutivas.

En ocasiones el obstáculo suele persistir; resiste al impulso uterino, la matriz se cansa, sobreviene la inercia y el parto se hace imposible sino viene el hombre del arte en auxilio de la naturaleza.

Otras veces, cede el enclavamiento a las fuerzas orgánicas puestas en continua acción durante tanto tiempo; pero inmediatamente cae el útero en un estado de estupor, en que permanecerá durante un tiempo variable para no salir de él sino en virtud de los exitantes locales o generales que deben administrarse inmediatamente. Nada supondría esta suspensión del trabajo si el feto hubiera dejado de existir, pero si la auscultación de los latidos del corazón nos revelan, no la plenitud de la vida, sino que ya está próxima a extinguirse, será un deber del médico intervenir cuanto antes.

Por otra parte, nada es mas fácil de explicar que esta suspension temporal del parto.

El útero, como todo órgano muscular, está sujeto a una intermitencia de accion i necesita reposo para contraerse, i este descanso ha de guardar alguna proporcion con el trabajo.

El movimiento de descenso puede verificarse parcialmente, aunque el cuello del útero no esté completamente dilatado, si las membranas se han roto anticipadamente i los miembros abdominales se desdoblan, arrastrados por la oleada líquida. Este descenso prematuro no puede traer mas que inconvenientes; pues espone a la rejion en que el feto se detenga a sufrir la presion del cuello, que durará lo que demore el período de dilatacion.

Al contrario, será una garantía de que el orificio uterino está suficientemente preparado si permite el descenso de la parte fetal en una situacion normal.

M. Moreau i Mad. Lachapelle hacen notar la influencia que ejerce la posicion del diámetro sacro-pubiano del feto en sus relaciones con el mismo diámetro materno. El descenso, dicen, se verificará con tanta mayor prontitud cuanto mas se acerque este diámetro del feto a uno de las diagonales de la pelvis de la madre. Para evitar toda duda no habria mas que recordar los partos de cara en las posiciones mento-posteriores.

#### DIFICULTADES DEL TERCER TIEMPO.

En el parto de vértice o de cara, el menton o el occipucio va a colocarse debajo del arco del pubis, cuando se ha verificado normalmente hácia adelante el movimiento de rotacion.

En las presentaciones de nalgas no es la línea média del sacro la que va a situarse detrás de la sínfisis pubiana, ni el diámetro trasversal de la pelvis del feto toma la direccion ántero-posterior de la pelvis materna, como parece debiera suceder i como Gaudien i Denmann lo creen; va un poco mas allá a ponerse en relacion con la

rama isquio-pubiana derecha o izquierda, segun la posicion que se considere.

Este movimiento de rotacion puede no verificarse, i Baudeloque, dice, ha visto muchas veces desprenderse de la vulva las nalgas del feto en posicion perfectamente trasversal.

No habria por que dudar si se tratara de un feto demasiado pequeño, o si la pelvis de la madre tuviera una amplitud excesiva; pero tampoco debe negarse el hecho, porque Mad. Lachapelle no ha visto nunca lo que asevera Baudeloque.

En el *Boletin de observaciones* de la Casa de maternidad, correspondiente al mes de setiembre de 1875, se lee en la observacion 5.ª, que una primípara de buena constitucion, da a luz un feto de tamaño natural, que se presentó en posicion *o. i. d. p.* i cuya cabeza se vió atravesar el conducto pelviano en direccion oblicua.

Siendo la estremidad abdominal menos voluminosa i mucho mas compresible que la cefalica, ¿por qué no podria descender en posicion oblicua? ¿por qué nó en trasversal?

El movimiento de rotacion que lleva la cadera anterior a la arcada pubiana es casi indispensable para la terminacion natural del trabajo, siendo como es el diámetro bitrocantariano mayor que los oblicuos i trasversales del estrecho perineal.

La debilidad de las contracciones uterinas, i la forma irregular de la estremidad pelviana pueden ser causa de que a veces no se verifique este tercer tiempo; de la misma manera, contracciones demasiado enérgicas pueden espulsar el feto sin dar lugar a que se efectúe.

#### DIFICULTADES DEL CUARTO TIEMPO.

La salida del tronco se verifica comunmente sin ninguna dificultad. Ya las nalgas se presenten aisladas o en

conjunto con los miembros abdominales al estrecho perineal, lo franquean fácilmente en la posición ya dicha; pero toma inmediatamente su diámetro bis-ilíaco la dirección ántero-posterior, para acomodarse a la del orificio vulvar.

A medida que las nalgas descienden en el canal pelviano i ejecutan su movimiento de rotación, el resto del tronco también lo ejecuta, pues forma con ellas una masa no interrumpida i se encorva lateralmente adaptándose al eje de la escavación.

No siempre secunda el tronco el movimiento de las nalgas i en estos casos experimenta cierto grado de torsión la columna lumbar, obligando a la pelvis después de su desprendimiento, a efectuar un verdadero movimiento de restitución.

Esto no quiere decir que la parte superior del tronco no necesite rotar para su fácil salida; le es aún más indispensable que a las nalgas i toma en el estrecho la misma situación que éstas, comportándose de una manera idéntica a su paso por la abertura vulvar.

A veces se ha visto a los hombros atravesar el conducto pelviano, i la vulva, en dirección transversal o muy oblicua; pero éstos no son más que casos raros.

Independientemente de toda enfermedad del feto como el hidro-torax, en que todo el pecho puede tener un tamaño exajerado, la salida de los hombros puede encontrarse impedida por su excesivo volumen. Ya médicos notables han comenzado a llamar la atención sobre esta causa de distocia, a que antes no se daba ninguna importancia, i a señalar la conducta que se debe observar en estos casos.

En el parto por la estrechidad pelviana no se ha de intervenir sino cuando sea absolutamente necesario; no solo así lo dice Sympson i señala las consecuencias de una intervención intempestiva, sino que con él están de acuerdo todos los buenos prácticos.

Dejando al útero solo terminar el trabajo, mui rara vez se verá elevarse los miembros torácicos, para colocarse a los lados o detrás de la cabeza, accidente demasiado comun, cuando se interviene sin que un motivo imperioso lo reclame. En efecto, en el primer caso, la misma fuerza que hace avanzar el tronco, sujeta los brazos en su situacion normal i los hace descender conjuntamente; en el segundo, no participan del impulso que actúa sobre el tronco, i ayuda a elevarlos el roce i la mas lijera falta de dilatacion del cuello. Esta dificultad, debida a la precipitacion del cirujano, no imposibilita de una manera absoluta la terminacion espontánea del parto, pero lo retarda considerablemente, sino se bajan los brazos, desprendiendo primero el que ofrece menos obstáculo.

#### DIFICULTADES DEL QUINTO TIEMPO.

Para que el diámetro bis-acromial se coloque en situacion ántero-posterior a su salida de la pelvis, es necesario que el oxípito-frontal tome por un momento en la escavacion una direccion desventajosa. En efecto, estos diámetros se cortan en ángulo recto i están así sostenidos por toda la rejion cervical; pero una vez que se han desprendido los hombros, la cabeza necesita afectar una posicion mas conveniente.

Como se ve, este quinto tiempo tiene por objeto preparar la salida de la cabeza, i si este movimiento se ejecuta, el oxipucio va a ponerse en relacion con la arcada pubiana; en las posiciones sacro-ílicas posteriores se observa que se dirige a menudo a la concavidad del sacro, ocasionando un retardo en el desprendimiento de la cabeza.

#### DIFICULTADES DEL SESTO TIEMPO.

Por poco que la cabeza tarde en salir, la vida del feto se encuentra sériamente comprometida, i es en este pe-

ríodo, cuando el comadron se ve con mas frecuencia obligado a intervenir.

Para la madre, la permanencia de la estremidad cefálica, aunque se prolongue por un tiempo bastante largo, no acarrea ningun peligro inmediato, mientras que el feto sucumbe por la menor dilacion, siendo esta dificultad la que hace mayor número de víctimas.

De diversas maneras se ha tratado de explicar la muerte del feto en estos casos i no me parece necesario entrar a analizar las diversas teorías que se han propuesto; me bastará decir que siempre es el resultado de la suspension de la circulacion útero-fetal, cualquiera que sea la causa.

En el parto de la mujer, objeto de la observacion 3.<sup>a</sup>, pude apreciar como se hace las mas veces esta interrupcion, esto es, por compresion del cordon umbilical entre la cabeza del feto i las paredes de la pelvis.

No es difícil darse cuenta de las circunstancias que pueden demorar la salida de la cabeza. En efecto, cuando el tronco está fuera de las partes maternas, la cabeza tambien ha abandonado ya la cavidad uterina i no está sometida al influjo de sus contracciones; es preciso que por su permanencia en la última parte del conducto pelviano se despierten las de los músculos abdominales, a no ser que un esfuerzo voluntario los haga entrar en accion. Si estos esfuerzos naturales fueran insuficientes i el comadron quisiera ayudarlos, ejerciendo tracciones sobre el feto para salvar el peligro, deberá siempre comprimir al mismo tiempo el tumor uterino a través de las paredes abdominales, para evitar la estension de la cabeza, otra dificultad que se suele presentar a veces.

En la segunda estadística indiqué el número considerable de partos prematuros que tienen lugar desde el sexto al noveno mes. Ya en esta época el feto es bastante voluminoso, i es indudable que la cabeza ha de experimentar dificultades para su pronta salida al través de partes

blandas que no están preparadas como la naturaleza lo hace al fin del término ordinario de la preñez.

En ocasiones, aunque el parto se verifique en esta época i las partes jenitales estén suficientemente dispuestas para el trabajo, la primiparidad puede aún ser un obstáculo bastante serio; basta haber visto un parto de vértice en una primípara, en que la cabeza no puede franquear la vulva, aún durante horas enteras apesar de los mas constantes i violentos esfuerzos, para convencerse de la influencia que puede ejercer esta causa de retardo.

El exesivo volúmen de la cabeza en el feto hidrocefálico puede ser causa de distocia no siempre fácil de diagnosticar, i para extraerla no habrá mas recurso que perforar el cráneo por la base o por la bóveda palatina, o abrir el conducto raquídeo para introducir por este punto una sonda flexible hasta la cavidad craneana con el fin de dar salida al líquido i poderla aplastar en seguida.

Este volúmen exajerado de la cabeza puede no estar relacionado con ninguna enfermedad del feto. La observacion segunda es una prueba de ello.

Por último, el cordon umbilical puede llegar a ser un obstáculo a la pronta salida de la estremidad cefálica, como la observacion cuarta lo enseña suficientemente.

### III.

#### OBSERVACIONES.

Debo a la bondad del profesor de obstetricia, Dr. A. Murillo la siguiente:

*Observacion 1.<sup>a</sup>*—Josefa N. de 39 años de edad, casada, de regular constitucion entró a ocupar el núm. 23 de la maternidad, el 1.<sup>o</sup> de enero de 1877, cerca de medio dia. Esta mujer ha tenido otro embarazo i un parto 15 años a la fecha. Ahora está en el trabajo de un parto en término que principió hace 20 horas antes de entrar al

establecimiento. La bolsa de las aguas fué derramada una hora después de la aparición de los primeros dolores. Estos han sido enérgicos i sostenidos; pero notando que no adelantaba el trabajo se decide a entrar a la maternidad.

No habiendo estado al cuidado de una matrona, sino de una aficionada, ignora los procedimientos que con ella se emplearon en su casa.

A las 2 de la tarde del mismo día de su admision soi llamado para ver esta mujer. La matrona, que es una jóven mui inteligente, me dice que en el momento de su admision reconoció una presentacion de nalgas en posicion sacro-ílica izquierda posterior, que las contracciones han sido poco intensas i que el feto estaba vivo.

El reconocimiento que practiqué me dió la misma posicion que se me había indicado; las partes fetales han descendido algo, manteniéndose sin embargo, en la parte superior de la escavacion, i la falta de pulsaciones cardíacas me hicieron temer la muerte del niño.

La dificultad del encojimiento de las partes fetales era aquí la única causa de distocia.

En las primeras 18 horas las contracciones habian sido enérgicas i sostenidas. El útero, cansado de tantos esfuerzos, estaba ahora fatigado i contraía con lentitud i sin intensidad.

Siendo la dilatacion completa, era necesario intervenir. Al efecto, introduzco mi mano i haciendo un gancho con mis dedos, que van a afirmarse sobre una de las ingles, estraigo con cierta facilidad el cuerpo.

El cordón no latia ya: mi sospechas de la muerte del feto estaban confirmadas. Esta muerte, al sentir de la matrona i por los signos costatados después del parto, debia haber sido mui reciente, cuando mas de minuto. Aprovechándome de dos pequeñas contracciones, que en parte fueron determinadas por funciones practicadas sobre el vientre, saqué los brazos.

La extraccion de la cabeza presentó algunas dificultades. Aunque durante la salida del cuerpo se verificó el movimiento de rotacion, que llevó el dorso del feto hácia adelante, aquella quedó detenida por la falta de dilatacion de las partes blandas, impidiendo el cuello del útero la fácil evolucion de los movimientos que debian hacerla espulsar.

Las tracciones moderadamente sostenidas durante las contracciones que era necesario provocar mecánicamente, contribuyeron después de unos 12 minutos a que la cabeza fuera estraída.

El feto era del sexo femenino i apareció con los caracteres de una muerte reciente que no podria pasar de una hora.

El trabajo del parto habia durado 25 horas.

La placenta fué estraída 10 minutos después.

¿Debo llamar aquí la atencion a que el útero no contenia ya ningun líquido amniótico, a que el parto fué seco, i a la influencia de esta circunstancia sobre la vida del producto de la concepcion?

La mujer objeto de esta observacion salió de alta el 12 del mismo mes.

*Observacion 2.<sup>a</sup>*—N., múltipara, viuda recientemente, de 40 años de edad, buena constitucion, entró a la maternidad a ocupar el núm. 39 el dia 10 de enero de 1877. Sus antecedentes tienen cierto interés i contesta a todo lo que se le pregunta con lucidez, poco comun entre esta clase de enfermas.

Ha tenido 11 partos i muchos de ellos han sido demasiado largos i penosos, sobre todo el primero en que el feto se presentó de tronco i estuvo 5 días con una mano fuera de la vulva. Vivía en el campo, léjos de todo auxilio médico; así es que tuvo que abandonar su parto a los solos esfuerzos de la naturaleza.

Su segundo hijo se presentó por la estremidad pelviana i nació vivo.

No ha tenido la misma suerte en este último parto: la bolsa amniótica se rompió 6 horas antes de terminarse el trabajo, i la duracion total de los dolores, que se mantuvieron siempre enérgicos, fué de 11 horas.

El feto se presentó en posicion sacro-iliaca-izquierda trasversal, i nació muerto a consecuencia del retardo de la salida de la cabeza, que por su exesivo volúmen no pudo ser estraída sino después de 15 minutos.

La placenta salió poco después.

El feto era mui desarrollado, sexo femenino, i pesó 3500 gramos.

	Diámetros de la cabeza del feto.	Diámetros normales
Oxípito mentoniano.....	13 cent.....	13½ cent.
Oxípito frontal.....	12 — .....	11½ —
Sub-oxípito breemático....	10½ — .....	9½ —
Biparietal .....	11 — .....	9 a 9½ —
Bitemporal.....	8½ — .....	8 —
Tráquelo-breemático.....	10½ — .....	9 —
Fronto-mentoniano.....	9 — .....	8 —

Observaré además que los parietales cabalgaban i que las fontanelas eran mui pequeñas.

N. salió de alta el 16 del mismo mes.

*Observacion 3.ª*—Nicolasa C., múltipara, de 38 años de edad, mala constitucion, entra a ocupar el núm. 6 de la maternidad, el dia 1.º de febrero. Dice estar con diarrea desde hace días i trae un poco de fiebre; esta es la única indisposicion en el curso de la preñez que ahora está a término. Sus partos anteriores, en número de 3, han sido de vértice i de corta duracion. Hace 13 años a que tuvo el último.

A las 5 de la mañana le comenzaron los dolores i desde este momento han sido bastante intensos. El vientre de esta mujer es poco voluminoso; el ruido cardíaco del feto se siente al lado derecho, un poco por debajo del ombligo. El tacto vaginal me permite reconocer que el cue-

llo uterino está aún poco dilatado, pero deja llegar fácilmente hasta las membranas; puedo comprobar además el abajamiento de la parte fetal que se presenta.

Oprimiendo con fuerza el periné i dirijiendo el dedo un poco por detrás de la sínfisis del pubis, noto un asa del cordón flotante en el líquido amniótico, i aplicando sobre ella mi dedo, percibo claramente las pulsaciones de sus arterias como si examinara las de la radial de un adulto.

Un poco mas hácia atrás reconozco los piés.

Encargado por el Dr. Murillo, que estaba enfermo, de la asistencia de la casa por unos pocos días, volví a las 12 i média, 4 horas después que habia practicado el primer reconocimiento.

Esploro lijeramente el cuello i lo encuentro ya mui dilatado, las contracciones del útero eran frecuentes i de regular enerjía; las membranas se ponian tensas a cada instante. Una hora después se rompian con ruido, dejando salir casi todo el líquido amniótico i apareciendo en la vulva el cordón i los dos piés.

La salida del tronco se verificó sin ninguna dificultad, pero la cabeza quedó detenida por las partes blandas.

No me decidí a intervenir sino cuando habian trascurrido como 5 minutos, el feto habia hecho dos inspiraciones inútiles, i las arterias del cordón, cuyas pulsaciones podia apreciar, latian ya imperceptiblemente.

El feto que se habia presentado en posicion sacro-iliaca-derecha-trasversal fué hembra, de pequeño volumen i nació medio asfixiado; pero después de los cuidados necesarios en estos casos se restableció libremente la respiracion. La salida de la placenta se efectuó pocos minutos después.

N. C. sucumbió a la fiebre puerperal el 19 del mismo mes.

*Observacion 4.<sup>a</sup>*—María M. de 25 años de edad, múltipara, bien constituida, de buena salud anterior, entró a

ocupar el núm. 9 de la maternidad el día 28 de marzo de 1877.

Después de 16 horas de trabajo dió a luz un feto macho, muerto, en posición sacro-iliaca-izquierda-anterior.

El feto desde el principio del trabajo presentó los pies i murió en el período último de la salida de la cabeza, por no poder ser extraída con la rapidez conveniente i por dos vueltas, que traía el feto, del cordón al cuello.

El cordón era relativamente corto i por eso se vió a la placenta salir junto con el feto. El corazón alcanzó a latir.

Este parto no tuvo para María M. ningún mal accidente consecutivo.

#### IV.

##### CONCLUSIONES.

Del estudio que hemos hecho se deduce:

1.º Nuestra estadística señala como la posición mas común, en las presentaciones de nalgas, la sacro-iliaca-izquierda-anterior, a la que sigue en orden de frecuencia la sacro-iliaca-derecha-anterior; mientras que de las observaciones de Mad. Lachapelle, Dubois, Naegéle, etc., resulta que en Europa, la mas común es la sacro-iliaca-izquierda-anterior, a la que sigue la sacro-iliaca-derecha-posterior.

2.º Según Depaul, se presenta el feto por la extremidad pelviana una vez por cada 25,6 de los partos totales.

Según resulta de la estadística de la maternidad de Santiago, una vez por cada 24,6.

3.º Según Dubois, muere 1 niño por cada 11 de los partos de nalgas.

En la maternidad de Santiago muere 1 por cada 14.

4.º En el parto de nalgas se presentan numerosas dificultades para su terminación espontánea, que el médico

debe conocer perfectamente para poder evitar o vencerlas cuando sea necesario.

5.º El comadron debiera presenciar siempre esta clase de partos en interés de la vida del niño i de la salud de la madre.

---

*Santiago, abril 26 de 1877.*

La comision examinadora acordó publicar la presente memoria en los *Anales de la Universidad*.

*Wenceslao Diaz,*  
Secretario interino.

---

*MEDICINA.—Diagnóstico de las lesiones valvulares del corazon, fundado en la auscultacion i el pulso.—Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de medicina, por don Rafael Viancos Polanco.*

#### INTRODUCCION.

Nada mas léjos de mi mente, al elejir este tema para mi memoria, que el pretender hacer algo de nuevo a cerca del estudio de las afecciones orgánicas del corazon. Esta pretension solo es justificable en aquellas personas a quienes precede una práctica de muchos años, dedicada a la observacion i al estudio i que han recopilado por consiguiente un número de hechos suficientes para llegar a una innovacion en esta materia.

El trabajo cuya lectura vais a oír es solo una esposicion de mis tareas clínicas i los resultados a que he arribado sobre una parte que ha sido objeto especial de mi observacion. He contado tambien, al emprender este trabajo, con el poderoso auxilio que me ha prestado la lectura de notables autores.

No necesito probar la utilidad del diagnóstico de las