

TOCOLOGIA.

Breves consideraciones acerca de la dystocia determinada por las posiciones inclinadas del vértice.

OBSERVACION. *Parto al término natural del embarazo.—Posición occipito-iliaca derecha anterior inclinada sobre el parietal derecho.—Aplicación de forceps, irreducibilidad de la inclinación, extracción directa del producto asfixiado.—Hemorragia muy grave por inercia real de la matriz.—Salvación de la madre y del niño.*

D^a I. G. de la C. (callejon de Pañeras núm. 7) tiene 28 años de edad, buena constitucion y temperamento nervioso: menstrúa regularmente desde la nubilidad, y solo le falta el flujo catamenial en sus embarazos y durante la lactancia. Ha tenido dos partos, el primero muy prolongado por la nuliparidad, y el segundo de corta duracion, ambos naturales. Despues de aquel padeció de una fiebre que no puedo clasificar por falta de datos suficientes. Sus dos hijos, varon y hembra, aunque á término han nacido poco desarrollados. Hacia apenas ocho meses que estaba criando á esta última cuando se sintió nuevamente embarazada. Sus preñados nunca han sido interrumpidos por trastorno funcional alguno.

En la mañana del dia 23 de Mayo del corriente año solicitó á D^a Dolores Roman porque comenzó á sentir algunos dolores de parto y á arrojar mucosidades sanguinolentas por la vulva. Nuestra hábil partera diagnosticó que habia un embarazo simple intrauterino y que se insinuaba el trabajo: las cavidades del cuerpo y del cuello de la matriz ya estaban confundidas, el orificio dilatado, pero aun no comenzaba á dilatarse. La presentacion del feto era de vértice, y en cuanto á la posicion, si bien le pareció ser la tercera (*occipito-iliaca derecha anterior*), no logró fijarla con la debida exactitud por no haber podido tocar las suturas sagital y lambdoides ni la fontanela anterior. La Sra. de C. manifestó deseos de bañarse, la Sra. Roman accedió á ellos sin dificultad y se retiró para regresar mas tarde. Despues de eso volvió á ser solicitada; mas como en esos momentos estaba al lado de otra parturiente á quien no podia abandonar, envió para que la supliese á la partera D^a Luz Riojano. Cuando esta última practicó la exploracion notó que las contracciones eran regulares y enérgicas, que el orificio se habia dilatado cosa de tres centímetros y que la fuente se presentaba ya; pero tampoco pudo fijar la posicion por las razones dichas. Poco despues de las tres de la tarde llegó la Sra. Roman: el trabajo habia avanzado, el orificio estaba completa-

mente dilatado, la bolsa amniótica muy baja y contenía mucho líquido. A pesar de que se sentía más abajo la cabeza no pudo saberse cuál era su situación relativa, ni se insistió más en hacer esa averiguación por temor de que fueran á romperse las membranas. Las contracciones adquirían cada vez mayor intensidad, las membranas se rompieron al fin espontáneamente y se derramó una gran cantidad de líquido amniótico; la cabeza sin embargo no descendió más. Trascurre el tiempo y empezó á formarse un trombus en el labio derecho de la vulva y á hincharse el labio anterior del orificio uterino. Las cosas proseguían en ese estado á las siete de la noche y la parturiente exasperada no podía sufrir más aquella situación. La Sra. Roman se convenció de que el parto no terminaría bien sin los socorros del arte y habló con el marido. A las siete y media fué solicitado por el Sr. C.: ocurrió en el acto en compañía del Sr. Capetillo, oímos ambos la relación anterior, y procedimos á explorar á la paciente.

Que estaba embarazada y en trabajo de parto era incuestionable. Por medio del estetoscopio oímos el máximo de los latidos del corazón fetal en la región sub-umbilical derecha, y que estos se transmitían más hácia arriba que abajo y lateralmente; las desigualdades y los movimientos propios se sentían en la región izquierda del útero, arriba y detras. Al practicar el tacto vaginal observé que en efecto había un trombus que estrechaba el canal desde su entrada, que el orificio uterino estaba completamente dilatado, muy grueso su labio anterior, y que las membranas se habían roto ya. El cráneo del feto se sentía á través de una infiltración edematosa considerable de la piel y estaba inmóvil (*enclavamiento*). La sutura sagital y la fontanela anterior no se encontraban en la dirección del eje del canal: la primera se sentía muy alta é inclinada hácia la izquierda, y la segunda atrás y muy elevada; hácia la superficie cotiloidea derecha toqué con claridad una oreja.

Después de que el Sr. Capetillo reconoció á la parturiente convenimos ambos en que la región del vértice era la que se presentaba, que la cabeza estaba inmóvil, y que la posición era la tercera (occípito-iliaca derecha anterior) *inclinada completamente sobre el parietal derecho*; circunstancia en la que sin duda consistía la dystocia. Convenimos también en que si se atendía al tiempo transcurrido y á lo infructuosos que habían sido los esfuerzos vigorosos del organismo era imprudente esperar por más tiempo, pues estando agotadas ya las contracciones y debiendo ir aumentando más y más la bosa sero-sanguinolenta y el trombus de la vagina ocasionados por la dificultad con que á tiempo se hacía la circulación tanto en los tegumentos del cráneo del producto como en la mucosa vulvo-vaginal y en el labio anterior del orificio, era de temerse se hiciera algún tiempo después muy difícil para el operador y muy peligrosa para la madre y el feto la maniobra que estaba indicada; á saber, corregir la posición y extraer al producto.

Decidida la operacion, é informados por la Sra. Roman de que la vejiga y el recto se habian vaciado momentos antes de nuestra llegada, colocada la señora en la posicion conveniente para operar, introduje el forceps articulado de Pajot y situé las ramas como es de precepto en tales circunstancias, á los lados de la cabeza. La separacion de los mangos me indicó que aunque la habia tomado segun las reglas del arte no por eso dejaba de estarlo en direccion de un diámetro desfavorable, representado por una línea que partia de la parte inferior de la pared lateral derecha del cuello y terminaba en el centro de la bosa parietal izquierda; pero reflexionando que ni podria ni deberia tomarla de otro modo, comencé á hacer tracciones laterales hácia la derecha á fin de hacer bajar la mitad izquierda de la region presentada. Hice varias tentativas y todas en vano, por lo que hube de convencerme al cabo de que la cabeza no era móvil en aquel sentido: no quedaba pues otro recurso que tirar directamente hácia abajo y atras, con la esperanza de que á tiempo de estar ejecutando las tracciones se lograra el enderezamiento de la cabeza. Esta en efecto descendia con lentitud, pero siempre en la situacion inclinada que llevo dicha. Al fin logré que bajase hasta hacerla aparecer por entre los labios de la vulva; en el acto desarticulé las ramas del forceps y las extraje: pretendia yo que la naturaleza hiciese la expulsion espontánea una vez allanado la mayor parte del camino. Bauticé al producto y me puse á excitar con la mano las paredes del vientre para provocar las contracciones de la matriz; mas como los dolores no vinieron terminé la extraccion con el forceps de Simpson: confié el cuidado del perineo al Sr. Capetillo y extraje la cabeza haciendo tracciones hácia arriba, adelante, y á la derecha, triple movimiento que tenia por punto de mira imitar los de la naturaleza en este caso; despues extraje el tronco tirando de la axila posterior (la derecha), corté el cordon umbilical, y entregué el niño á aquel profesor para que le prodigase los auxilios necesarios, pues estaba ligeramente asfixiado. Vuelto á la vida unos cuantos minutos despues, se puso en brazos de una de las asistentes.

A poco sobrevino una hemorragia uterina muy grave. Para remediarla extraje la placenta, el Sr. Capetillo comprimió la aorta, y se dió á la recién parida medio escrúpulo de cuernecillo de centeno. Recurrimos, ademas, pues no habia tiempo que perder, á las aplicaciones intrauterinas de buen vinagre, á provocar la contractilidad anatómica de la matriz por la refrigeracion súbita de las paredes del vientre (ether sulfúrico) y á comprimir al útero exteriormente. Bajo la influencia de todos estos medios la hemorragia se contuvo al fin. Para poner á cubierto á la señora de una nueva pérdida de sangre la dí sucesivamente dos medios escrúpulos mas de cuernecillo de centeno en el espacio de veinte minutos.

Pasado algun tiempo se aseó á la recién parida, se la puso un vendaje compresivo de vientre, se la colocó en su cama, y prescribí que tomase una cucharada

cada media hora de una pocion con ergotina de Bonjean alternada con otra de vino generoso, una taza de atole cada tres horas, y agua de raiz de altea á pasto: quietud, silencio y media luz.

Cuando examinamos al niño vimos que tenia la cabeza mas grande que de ordinario; los resultados de la medicion de sus diámetros por medio del cefalómetro fueron los que siguen:

<i>Diámetros longitudinales.</i>		DIFERENCIA.
Sub-occípito-mentoniano.....	m. 0,145	m. 0,010
Sub-occípito-frontal.....	» 0,131	» 0,016
Sub-occípito-bregmático.....	» 0,103	» 0,008
<i>Diámetros trasversos.</i>		
Bi-parietal.....	» 0,110	» 0,015
Bi-temporal.....	» 0,080	» »
<i>Diámetros longitudinales.</i>		
Tráquelo-bregmático.....	» 0,120	» 0,025
Fronto-mentoniano.....	» 0,092	» »
Longitud total.....	» 0,520	» »

No se pudo evaluar su peso por falta de balanzas.

La cabeza del recién nacido estaba cubierta de pelo; las suturas, particularmente la sagital, tenían sus dimensiones normales: la fontanela anterior tenía también sus tamaños naturales; en cuanto á la posterior no existía ya, como generalmente se observa en las cabezas de los fetos de nueve meses. El tumor sero-sanguinolento de que he hablado antes tenía por centro la bosa parietal del lado derecho; su diámetro media cerca de diez centímetros y su elevacion de ocho á nueve milímetros. El ángulo póstero-superior del parietal izquierdo estaba hundido como medio centímetro. En la region lateral é inferior derecha del cuello se hallaba ligeramente enrollada la epidermis.

El niño lloraba, el ojo derecho permanecía cerrado, sus párpados estaban paralizados, la boca se desviaba hácia el lado izquierdo. Su desarrollo era considerable; el cuerpo estaba cubierto de unto sebaceo, las uñas desbordaban á las yemas de los dedos. El cordon umbilical se insertaba en su sitio definitivo.

Para lograr la resolucion del tumor sero-sanguinolento prescribí unas fomentaciones de infusion de flores de sauco y agua de vegetal.

PUERPERIO. El puerperio pasó sin novedad bajo los cuidados de la Sra. Roman. Por su conducto sé que la señora no volvió á desahogar la vejiga sino hasta 36 horas despues de la operacion, sin que por eso hubiera tenido el mas leve dolor ó incomodidad. Aunque aquella le recomendó que ocurriese á un médico para que remediara dicho accidente, solo se aplicó un poco de aceite alcanforado en el hipogastro. La excrecion láctea se estableció á su debido tiempo y

sin calentura previa. Defecó al tercero dia con el auxilio de una lavativa ligeramente laxante. El escurrimiento loquial siguió su marcha acostumbrada. A la fecha la Sra. C. está buena y cria á su niño.

En cuanto á este, el dia 7 de Junio fué observado por el Sr. Muñoz (médico de la familia), quien creyó conveniente abrir con el bísturi el pequeño tumor que estaba situado cerca del hundimiento; segun me ha referido el citado profesor salió una corta cantidad de serosidad sanguinolenta. El hundimiento del ángulo póstero-superior del parietal izquierdo ha ido disminuyendo, al grado de ser hoy mucho menor, y de hacer concebir esperanzas de que con el tiempo se elevará al nivel de los otros. La parálisis ha desaparecido. El niño mama bien y medra visiblemente. (Nota tomada el dia 15 de Junio de 1871.)

REFLEXIONES.

I. Una de las mas importantes reglas de la sana práctica médica es, que siempre que cualquiera funcion del organismo sufra alguna alteracion morbosa, la primera cláusula del tratamiento que se instituya debe ser alejar en lo posible la causa del trastorno. La obstetricia, que como álguien ha dicho no ha salido de la humilde posicion que antes tuviera para llegar á ser uno de los ramos mas adelantados del arte de curar, sino cuando la razon de sus preceptos fundamentales ha sido universalmente demostrada y reconocida; la obstetricia, repito, tambien enseña á los prácticos que ora se trate de los partos difíciles, ora de los peligrosos, ora en fin de los reputados imposibles, deben siempre alejar todo aquello que imposibilite, interrumpa ó moleste siquiera la marcha del parto; en volver las cosas á su estado normal, ó, si esto no fuere dable, en encaminar, en aproximar la situacion hasta donde se pueda hácia ese estado. Pero esta intervencion tiene que ser oportuna sin festinacion; por muy acentuada que parezca una dificultad cualquiera la naturaleza remedia á veces con entera espontaneidad y eficacia las condiciones desfavorables que se oponen á su objeto final; supera ó cuando menos disminuye obstáculos á primera vista insuperables.

Mi regla de conducta acerca de este punto es bastante conocida ya de muchos otros profesores de Medicina de la Capital; mas voy á aprovecharme de esta ocasion para darle mayor publicidad.

(Concluirá.)

Erratas notables de la entrega anterior.

* En la pág. 299 línea 7^a dice sencillas, léase: sensibles.
303 » 21 » vómito » vomitivo.
310 » 3 » arafétida, » asafétida.
311 » 42 » neumanias » neumonias.
312 » 23 » oftalemias » oftalmias.