

HISTORIA

De un caso de craniotomía y cefalotripsia. Enanismo. — Reflecciones.

El día 27 del pasado, nuestro compañero el Sr. Orvañanos fué llamado á una casa de la calle de San Felipe para asistir á la Señora X. durante el trabajo del parto.

La parturienta habia tenido dos partos anteriores felices y á término. Los niños viven, sanos y vigorosos.

Dofia Manuela Guardiola discípula de la Escuela de Medicina, asistia como partera el caso, y fué la que aconsejó se llamara á un facultativo por encontrar algo estraño en la marcha del trabajo y en la parte presentada del feto.

El Sr. Orvañanos hizo un escrupuloso reconocimiento y segun su propia relacion comprendió que no era el vértice de la cabeza lo que se presentaba, conservó algunas dudas que no pudo desvanecer por la palpacion del vientre, la auscultacion y el tacto vaginal.

En efecto, palpando el hipogastrio se sentia indudablemente un tumor esferoide, duro y poco móvil que demostraba estar allí la cabeza; pero los ruidos del corazon se encontraban muy altos sobre el nivel de una línea horizontal que pasase por el ombligo.

Esto hacia dudar entre una presentacion pelviana y una de la cara.

Rota la bolsa de las aguas, se pudo explorar mejor é introduciendo el Sr. Orvañanos la mano en la vagina pudo tocar claramente la nariz en el centro, la boca y la barba al lado izquierdo. Era por tanto una presentacion facial, fronto derecha, aproximándose á la 3ª de los autores.

Si continuando el trabajo la rotacion de la cabeza hacia venir la barba mas y mas hácia adelante debajo del pubis, el parto podia ser fisiológico, salvo cualquier otro accidente imprevisto como despues se presentó; pero si la rotacion era inversa y la barba se dirijia hácia atras, el parto era imposible tratándose de un feto de nueve meses. Las casos que refieren los autores de partos naturales por la cara mento-posteriores solo han tenido lugar en fetos de menos de ocho meses.

Se esperó prudentemente algun tiempo; pero viendo que no se adelantaba nada y que la barba mas bien tendia á dirigirse hácia atras, el Sr. Orvañanos hizo llamar á nuestro compañero el Sr. Valenzuela y ya juntos discutieron el partido que debian de tomar viendo la gravedad del caso. En efecto, estos son de los casos mas dificiles que se presentan en la práctica obstétrica.

Resolvieron hacer la aplicacion del forceps y despues de dos tentativas infructuosas tanto para convertir la posicion en mento-anterior, cuanto para cambiar la presentacion de la cara en presentacion de vértice, determinaron llamarme en consulta.

Despues de haber oido la relacion minuciosa de los antecedentes procedí á explorar y tocando con claridad la frente, las órbitas y globos oculares, la nariz, la boca y la barba, me convení del buen diagnóstico que habian hecho los Sres. Orvañanos y Valenzuela.

Como la barba en vez de acercarse hácia adelante habia mas bien hecho la rotacion hácia atras, convenimos en que era uno de esos casos que no pueden verificarse fisiológicamente y que debiamos intervenir de una manera activa.

Para estos casos algunos autores han propuesto el hacer bascular la cabeza abatiendo con fuerza el occipucio y levantando la barba para de este modo convertir la presentacion de cara en presentacion de vértice; pero por poco que la cabeza haya entrado en la escavacion es fácil persuadirse que no puede bascular, pues necesitaria que girase basculando dentro de la pelvis el mayor diámetro de la cabeza, el mento-occipital que tiene $13\frac{1}{2}$ centímetros mientras los diámetros de la escavacion no pasan de 12 centímetros. Además, ya el Sr. Orvañanos lo habia intentado hacer con el forceps aunque inútilmente.

Otros autores, y estos en mayor número, aconsejan el tomar la cabeza con el forceps y hacer forzadamente la rotacion para traer la barba debajo del arco pabiano en cuyo caso ya es posible verificar la extraccion del niño. Tambien el Sr. Orvañanos lo habia intentado sin conseguirlo, lo cual no es de extrañarse atendiendo como vimos despues á las graves dificultades que oponia á ésto la forma y tamaño excepcional de las demas partes del niño. (Teniamos entre las manos un caso de enanismo y macrocefalia que oponia dificultades extraordinarias de un género no comun.)

En las presentaciones de cara mento-posteriores cuando la cabeza es un poco movable, lo que me ha parecido mas conveniente en mi práctica particular, antes que la cabeza se haya enclavado en la pelvis es llevar la mano delante de la barba del niño, recorrer su plano esternal usando la mano derecha cuando la barba esté á la izquierda, y la mano izquierda cuando la barba esté á la de-

recha, y llegar hasta el fondo del útero, tomar los pies y hacer la version podálica por el método comun y ordinario de Delamotle y Mauriceau.

Me pareció en este caso todavia un poco movible la cabeza y propuse el siguiente plan á los señores mis compañeros.

Intentar el elevar la cabeza arriba del estrecho superior y entrar con la mano derecha hasta el fondo del útero para tomar los pies procediendo á verificar la version podálica; pero si esto fuese imposible, como la vitalidad del niño era ya muy problemática visto el tiempo que habia estado sin la agua del amnios y la debilitacion progresiva de los ruidos del corazon, proceder como último recurso á la embriotemia, ya fuera la perforacion del cráneo y cefalotropia, ya la seccion oblicua del tronco (por mi procedimiento,) si se lograba inclinar la presentacion actual y hacerla de uno de los hombros. Admitido el plan se procedió del modo siguiente.

Puesta la enferma como es de costumbre para estas operaciones se le administró el cloroformo hasta completa anestesia. El bautismo se habia administrado al niño antes de mi llegada por lo que incontinenti procedí á ejecutar la maniobra 1ª que queda descrita.

La elevacion de la cabeza sobre el estrecho de la pelvis no costó gran trabajo y mucho menos el llegar por el plano external hasta los piés. Pero fué no poca mi sorpresa al tomar estos miembros, encontrarlos como rudimentarios y saliendo apenas de la estremidad de un abdómen voluminoso y deforme. La imposibilidad de hacer presa sobre ellos y lo resbalosos que estaban por la gran cantidad de materia sebacea que los cubria no me permitió verificar la version. Convenimos, no obstante, que intentaran lo mismo el Sr. Orvañanos y el Sr. Valenzuela; pero á entrambos aconteció lo mismo.

Sonaba en ese momento la alba y como desde la media noche las maniobras habian sido casi sin interrupcion, resolvimos dar algun descanso á la paciente, y para tomarlo nosotros mismos, volver hasta despues de tres horas y practicar la embriotomía.

Pocos minutos despues de las diez de la mañana estabamos reunidos en casa de la enferma con el perforador-tijera de Fried y el perforador-trépano de Killian. Además teniamos el cephalotribo de Cazeaus una gran pinza dentada que podia suplir al cranioclasto de Simpson, tijeras grandes rectas y curvas. Todo este instrumental lo hubiera yo cambiado gustoso por la tijera-perforador de Hipólito Blot y el cefalotribo del mismo autor; pero no siempre se tienen á la mano los instrumenos mas deseados. No llevé mi cadena embriotómica ni mi conductor de ballena porque teniendo los brazos del feto la misma exesiva pequeñez que las piernas no habria sido posible el hacer cambiar la presentacion

en una de hombro, con salida de la mano que es el caso en que tiene aplicacion mi sistéma embriotómico.

Los Sres. Orvañanos y Valenzuela me hicieron el favor de confiarme la operacion prestándome ellos su inteligente y eficaz ayuda.

Puesta la enferma de nuevo al traves de su cama en decúbito supino y dobladas las piernas, fijaron mis compañeros la cabeza del feto sólidamente con las manos puestas sobre el hipogastrio, y entonces llevando mis dedos índice y medio de la mano izquierda como conductores, introduje el perforador-tijera, busqué la arcada superciliar izquierda y un poco arriba de ella en la bosa frontal comencé lenta y gradualmente á hacer una perforacion, empleando algunas veces el movimiento rotatorio de broca y otros el de presion prudente para evitar un resvale sobre la bosa y que el instrumento fuese á herir los órganos maternos.

Al usar esta vez de la tijera Levret-Fried hice con ella lo que acostumbro hacer con la de Smellie. En vez de llevarla con su media vaina protectora, la envuelvo en una tira de lienzo, como se envuelve la lámina de un bisturi cuando se opera sobre la garganta ó la boca, teniendo la precaucion de que los cabos de la cinta queden largos y colgando fuera de la vulva, y recordando bien el sentido en que se ha envuelto el instrumento para que despues que ha penetrado la punta desnuda en el cráneo, se desenrede la estremidad desde afuera tirando á la vez con fuerza de la punta y dando vuelta al rededor del instrumento en sentido inverso de aquel en que se habia enredado. Siempre he conseguido desnudarlo con facilidad.

Despues de pocos minutos de este trabajo sintí ceder la parte huesosa, y hundirse la tijera viniendo esto acompañado de un abundante escurrimiento de materia cerebral.

Entonces procuré dilatar la perforacion abriendo la tijera en dos sentidos opuestos: *crucialmente*.

In continenti procedí á la aplicacion del cefalotribo siguiendo las mismas reglas que para la aplicacion del forceps y ya tomada la cabeza comencé lenta y gradualmente á acercar las ramas dando vuelta al tornillo mecánico.

Nos llamó mucho la atencion la enorme cantidad de sustancia cerebral que salió durante la cefalotropia, y esto nos hizo suponer la existencia de la macrocefalia. Ya que disminuyó la cantidad y que se consideró la cabeza suficientemente disminuida de volúmen, se tocó entre los ramos del cefalotribo la oradacion craniana para ver si habia alguna esquirla que haciendo salida pudiese herir ó desgarrar las partes maternas; y visto que nada salia del cuero cabelludo se comenzó á tirar suavemente para hacer la extraccion. Todo lo que an-

tes habia sido dificultad y resistencia fué ahora facilidad, por lo que en pocos minutos se terminó el trabajo sin accidente posterior.

La placenta se presentó despegada en el cuello del útero y despues de extraida el órgano se contrajo sólidamente presentando la *boule rasurante* que tanta tranquilidad dá respecto de la hemorragia consecutiva.

Me llevaron el cadáver del niño á la clínica de Maternidad y allí me dió las medidas siguientes:

Longitud total.....	34 centímetros.
Brazo.....	1½
Antebrazo.....	2½
Muslo	1½
Pierna.....	3

Diámetro de la cabeza.

Biparietal.....	10½
Mento-occipital.....	13
Sub-occípito breemático...	11 ³ / ₁₀
Bi-temporal.....	8½
Occípito frontal.....	12½
Peso.....	1970 gramos (sin cerebro.)

[Continuarè.]

ANALISIS

DEL

BISMUTO EXTRAIDO POR EL SR. CABRERA EN SAN LUIS POTOSI.

Posteriormente á lo escrito por el Sr. D. Florencio Cabrera, se han extraido ya algunas arrobas del Mineral, cuya ley es de 63, 85 por ciento de metal y 71 por ciento de oxido.

El análisis hecho por el mismo Sr. Cabrera es el siguiente:

Protoxido de Bismuto	71,05
Agua combinada	4,43
Carbonato de fierro	} 17,70
Arcilla	
Wolfrañ	} 6,24
Espato pesado	
Pérdida	0,58

100,00