FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA VERSION

EN

DOS CASOS DE PRESENTACION DE TRONCO

OBSERVADOS EN LA

CLINICA DE PARTOS

TESIS PARA EL DOCTORADO

POR

JUAN N. ACUÑA

10126

BUENOS AIRES

Imprenta de M. BIEDMA, calle Belgrano números 133 y 135

1876

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO

Dr. D. MANUEL PORCEL DE PERALTA

TESORERO

Dr. D. MAURICIO GONZALEZ CATAN

MIEMBROS ACADÉMICOS

Dr. D. NICANOR ALBARELLOS
« « MANUEL A. MONTES DE OCA
« « CLETO AGUIRRE
« « ERNESTO ABERG
« « SANTIAGO LARROSA
« « PEDRO A. PARDO
« « MANUEL ARAUZ
« « LEOPOLDO MONTES DE OCA
« « EDUARDO WILDE
« « PABLO MARENGO
« « PEDRO A. MATTOS
« RODOLFO WOLFF
« « JOSÉ T. BACA

SECRETARIO

Dr. D. JACOB DE TEZANOS PINTO

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS
Anatomia descriptiva y topográfica.	Dr. D. Mauricio Gonzalez Catan
Histología y Anatomia Patológica	« « Ignacio Pirovano
Fisiología general y humana	« « Santiago Larrosa
Patología general é Historia de la Medicina .	(Vacante)
Materia Médica y Terapéutica	« « Pedro A. Mattos
Higiene pública y privada	« « Guillermo Rawson
Patología esterna, operaciones y vendajes. .	« « Leopoldo Montes de Oca
Patología interna, enfermedades mentales y de niños	« « Manuel Arauz
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	« « Cleto Aguirre
Clínica Quirúrgica	« « Manuel A. Montes de Oca
Clínica Médica	« « Manuel P. de Peralta
Obstetricia y Clínicas respectivas	« « Pedro A. Pardo
Medicina legal y Toxicología.	« « Eduardo Wilde

SUSTITUTOS

Anatomia descriptiva y topográfica.	Dr. D. Bartolomé Novaro
Histología y Anatomia Patológica	(Vacante)
Fisiología general y humana	« « Francisco Tamini (en ejerc.
Patología general é Historia de la Medicina. .	« « José T. Baca (idem)
Materia Médica y Terapéutica	« « Pablo Santillan
Higiene pública y privada	(Vacante)
Patología esterna, operaciones y vendajes. .	(Vacante)
Patología interna, enfermedades mentales y de niños	« « Luis Tamini
Clínica Quirúrgica	(Vacante)
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	(Vacante)
Clínica Médica	(Vacante)
Obstetricia y Clínicas respectivas	« « Antonio T. Ballester
Medicina legal y Toxicología.	(Vacante)

Disector — Don JULIAN AGUILAR

PRESIDENTE DE TÉSIS

DOCTOR DON CLETO AGUIRRE

Á MIS PADRES

A la memoria de mi hermano Luis

27 DE NOVIEMBRE DE 1874

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES;

De todos los actos fisiológicos que, tanto el médico como el observador, tienen ocasion de admirar, en la naturaleza humana, ninguno se impone mas directamente á nuestros sentidos que el del parto; admirable trabajo, donde las fuerzas que actuan y las resistencias que estas tienen que vencer, están tan sábiamente dispuestas, que estas mismas resistencias tienden á dar y dan en la mayoria de los casos la direccion é imprimen los movimientos necesarios al feto que tiene que recorrer la hilera pelviana.

Por poco pensador que sea el médico tiene necesariamente, por el órden de estudios á que se dedica, que detenerse á contemplar la armonia perfecta y verdaderamente sorprendente, que rige en cada uno de los actos y manifestaciones de la pequeña parte, del todo que constituye el universo, que diariamente se someten á su exámen.

Con la anatomia al estudiar la forma y estructura del organismo, tan diversamente dispuesto y siempre tan de acuerdo con los fines para que está destinado.

Con la fisiologia, al estudiar las funciones de este

mismo organismo se le revela tanta precision y exactitud, que nada las puede igualar fuera de la naturaleza misma.

Pero por razon de esta misma escrupulosa exactitud, que tanto hay que admirar en este conjunto armónico, que se necesita para reunir las condiciones que caracterizan las funciones normales, se comprende que basta que falle uno solo de los eslabones, que constituyen la cadena, que conduce desde la iniciacion de un acto cualquiera del organismo hasta su terminacion fisiológica, para que cese esta armonía y tenemos entonces que este acto se pervierte, por causas que á veces nos escapan, y constituye un acto patológico.

A estas alteraciones del órden fisiológico, es á lo que en obstetricia se da el nombre de distocia.

El haber tenido ocasion de observar en la clínica de partos, dos casos de presentacion de tronco, en los cuales fué necesaria la intervencion, nos ha inducido á ensayar este trabajo.

I

La version segun Joulin es « una operacion que » tiene por objeto poner una de las estremidades del » gran diametro fetal en relacion con el estrecho » superior, ó terminar rápidamente el parto, cuando » existe una complicacion que amenaza la vida de la » madre ó del niño. »

Naegele y Grenser la definen; « la operacion por » la cual se cambia la presentacion del feto, segun » ciertas reglas del arte, con el objeto, sea de hacer » posible ó por lo menos de facilitar la espulsion es- » pontanea, sea de preparar el parto artificial, cuando » este está indicado, pero no puede efectuarse en » tanto que el feto esté en su situacion primitiva. »

M. Mattei, denomina version á la operacion que consiste en traer hácia el estrecho superior la parte fetal que se halla mas lejana de él, y dá el nombre de reduccion á la que consiste en traer la presentacion de la estremidad fetal mas cercana del estrecho superior.

Otros definen la version « una operacion por la » cual se cambia una presentacion viciosa del feto en » una buena presentacion. »

Pero si bien eso es en efecto version, no la definen en todos los casos, pues la version se practica támbien cuando se presenta la indicacion de apresurar y terminar el trabajo, por una causa cualquiera, sin que exista presentacion viciosa.

II

La version puede practicarse por medio de presiones ejercidas al nivel de la pared abdominal, ó sea por maniobras esternas, ó introduciendo la mano en la cavidad uterina, ó sea por maniobras internas.

La version por maniobras internas se divide, segun la estremidad del gran diametro fetal que se trate de poner en relacion con el estrecho superior, en cefálica y podálica; la primera que consiste en procurar el encajamiento de la cabeza y la segunda en traer los piés del feto hácia la escavacion facilitando el encajamiento de su estremidad pelviana.

Estos distintos modos de intervencion no son todos de un uso igualmente frecuente, prefiriéndose casi siempre la version podálica, aunque ayudada por maniobras esternas, como veremos mas adelante al tratar del proceder operatorio.

La version cefálica es de un uso muy limitado y es en general una maniobra poco fácil.

La version por maniobras esternas es la que presenta menos inconvenientes, tanto para la madre, como para el niño, pero desgraciadamente no se puede practicar sino en condiciones especiales, en que el feto tiene una gran movilidad, y no es aplicable en los casos en que es necesaria la pronta terminacion del trabajo.

III

La coleccion hipocrática no encierra sino pocos preceptos acerca de la version.

Hipocrátes, que no consideraba naturales sino las presentaciones de la cabeza, hacia la version por maniobras esternas ó rechazaba todas las otras partes del feto que se presentasen, cualesquiera que ellas fuesen y practicaba la version cefálica.

Celso recomendaba tambien especialmente esta última operacion, bien que habla de la version podálica, cuyas ventajas para la estraccion del feto reconoce.

Aetius le daba mas importancia, pero aconsejando practicar la version por los pies reservaba esta operacion para los casos en que hubiera sucumbido el feto, prefiriendo la version cefálica en los demás.

Los Arabes partidarios de las intervenciones sangrientas, rechazaron estas operaciones que no requerian mas instrumento que la mano del partero.

Despues de ellos Rhodion y Rueff volvieron á practicar de nuevo la version cefálica.

Ambrosio Paré practicó la version podálica, pero sin preferirla á la cefálica, Guillemau, su discípulo, la practicó aun mas; pero estaba reservado á Mauriceau

y de la Motte el sentar las ventajas de la version podálica sobre la cefálica, pues en general la facilidad y brevedad de la maniobra de la primera, justifican su eleccion.

Los éxitos fueron numerosos, pero hubieron tambien sus reveces, pues la presentacion mas favorable para la terminacion del parto es ciertamente la cefálica y siendo la presentacion pelviana, por si sola menos favorable para la vida del feto, en un parto fisiolójico, naturalmente con la version podálica se corrian mayores peligros por parte del niño á causa de la presentacion con que se coronaba el trabajo.

Se concibe fácilmente, á consecuencia de esto, el empeño de algunos parteros para rehabilitar la version cefálica que habia caido completamente en desuso, pues esta daria por resultado una presentacion mas favorable y por lo tanto menos peligrosa.

Bien que á mediados del siglo pasado estuviese relegada al olvido, Smellie la practicó tres veces y formuló algunos preceptos al respecto, pero estos hechos, aislados y por otra parte poco numerosos, no llamaron mucho la atencion y apesar de la autoridad de Smellie, pasaron casi desapercibidos y solo sirvieron á preparar el terreno para la nueva aceptacion de la version cefálica.

Hácia el año 1799, Osíander reclamó para sí el mérito de la rehabilitacion de esta operacion, pero segun parece ni describió método operatorio alguno, ni citó ningun caso práctico.

Sus verdaderos restauradores y quienes formularon

sus indicaciones fueron, de Puyt en Holanda, Flamant en Francia y especialmente Wigand y d'Outrepont en Alemania.

La version por maniobras esternas, que los antiguos é Hipócrates parece conocieron, fué relegada al olvido, precisamente á causa de la manera vaga como solo entrevieron aquellos el modo de cambiar la posicion viciosa del feto por las manipulaciones sobre el vientre de la madre.

En 1807, Wigand publicó en Hamburgo una memoria sobre la manera de practicar la version por maniobras esternas, Hubért creyó ser el primero al publicar otra con el mismo objeto en 1843, sin tener conocimiento de la primera.

La traduccion al francés de la tésis de Wigand por el profesor Herrgott de Strasburgo en 1857 y anteriormente la memoria de M. Mattei, la hicieron conocer en Francia, cuando M. Nivert en su tésis adujo hechos nuevos en su favor.

IV

Las indicaciones de las distintas especies de version no son las mismas.

Así por ejemplo, la version por maniobras esternas y la version cefálica solo se practican en determinados casos, con el objeto de remediar una presentacion viciosa del feto ó desviada del vértice.

La indicacion de la version por maniobras esternas, teniendo en vista su completa inocuidad, se presenta la primera en estos casos, cuando se ha podido hacer el diagnóstico de la presentacion viciosa, y la movilidad del feto lo permite.

La version cefálica está indicada en los mismos casos que la anterior, pero no se recomienda como esta por la facilidad de la maniobra y sobre todo por su inocuidad en caso de no tener éxito.

Chailly limita su empleo á los casos de estrechez de la pelvis, complicada con una posicion viciosa del feto.

Velpeau, cuando en una presentacion viciosa del vértice, la cabeza se encuentra cerca del estrecho superior, la pelvis está bien conformada y no existe ninguna otra complicacion.

En todos estos casos, prévia constatacion de que el feto está vivo y que es viable, pues ante todo es con el objeto de salvarle que se prefiere esta operacion.

P. Dubois, dice sin embargo á este respecto: « La » version céfalica es mas difícil y ofrece menos » probabilidades de éxito; lo mas amenudo, como la » prontitud es una condicion para el buen resultado, » la version podálica debe serle preferida; de otra » manera se compromete la vida del niño y se pierde » la ocasion favorable. »

M. Lachapelle contestaba aun la posibilidad de esta operacion.

Además de las indicaciones que acabamos de mencionar y que le son comunes con la version por maniobras esternas y la cefálica, la version podálica se halla indicada en todos aquellos casos en que es necesario terminar prontamente el trabajo y no es posible hacer la aplicacion del forceps, como en ciertos casos de hemorrágia grave, eclampsia, ruptura del útero, procidencia del cordon, etc.

En las presentaciones viciosas, no debe sin embargo recurrirse á la version podálica, sinó despues de haber tentado, cuando esto es posible, otros medios mas suaves, como por ejemplo, en las presentaciones de tronco despues de la ineficácia de las maniobras esternas; en las presentaciones desviadas del vértice, cuando no se puede sacar partido de la palanca ó de una de las ramas del forceps.

Otra indicacion de la version podálica seria, segun algunos, en ciertos casos de estrechez de la pelvis.

Pero no están de acuerdo los prácticos, á este respecto, acerca de la preferencia que se deba acordar á la version ó al forceps en estos casos.

Hace ya mas de un siglo qué Burton, segun Joulin, emitió la idea de que la cabeza fetal era mas reductible y por lo tanto mas susceptible de franquear una estrechez de la pelvis, cuando se presentaba por su base, que cuando se presentaba por su vértice.

Pero los dos casos en que apoya su teoría son poco felices; pues en uno de ellos las tracciones, practicadas con el ánimo de desprender la cabeza fueron de tal modo violentas, que separada esta del tronco del feto, quedó dentro de la matriz y en el segundo caso solo despues de hacer la perforacion del cráneo pudo sacar el feto.

M. Lachapelle tambien era partidaria de la version en estos casos, pero Joulin, que es por el contrario defensor del forceps, comentando los datos de la misma, M. Lachapelle, deduce, que por lo menos no hay razon para preferir la version, mientras que sienta con sus observaciones la ventaja del forceps.

M. Lachapelle dice: 1° de 8 niños nacidos *espontá-*
» *neamente* al traves de una pelvis estrechada, 5 niños
» han salido vivos y 3 muertos: 2° de 7 casos en las
» mismas condiciones, la version ha dado 3 vivos y 4
» muertos: 3° en 7 casos en las mismas condiciones,
» el forceps ha dado igualmente por resultado 3 niños
» vivos y 4 muertos. »

Nos parece que esta estadística no debe ser muy exacta, pues no han debido ser tan las mismas las

condiciones de estrechamiento de la pelvis y demás circunstancias en los distintos casos, cuando en unos el parto se efectuó espontáneamente y fué necesario intervenir en otros, ó de no, la intervencion no fué justificada en los casos en que tuvo lugar, teniendo en vista que fueron preferibles los resultados de la espectacion.

Las observaciones de Joulin dan un resultado muy diferente, en efecto: en 9 aplicaciones de forceps, cuenta 4 niños vivos y 4 muertos, descontando un feto en putrefaccion, es decir, un 50 por ciento; mientras que para 23 versiones practicadas en pelvis igualmente estrechadas, cuenta 6 niños vivos y 17 muertos, descontando 2 de estos que ya estaban macerados, la proporcion de los muertos es de 60 por ciento.

Luego la version dá un 10 por ciento de mas, en la mortalidad de los niños que el forceps, segun Joulin, en igualdad de condiciones.

El profesor Simpson de Edimburgo, se muestra tambien partidario de la version en las estrecheces de la pelvis, que son franqueables con la ayuda del forceps y aduce en su apoyo las siguientes observaciones:

» 1° El cráneo del feto tiene la forma de un cono á
» base superior y cuando el niño se presenta por los
» piés, la parte inferior del cono, que es la mas estre-
» cha, es generalmente bastante pequeña para enca-
» jarse en el estrecho superior angustiado.

» 2° El cuerpo del feto una vez afuera, facilita el
» medio de hacer tracciones sobre la cabeza suficien-
» tes para comprimir, y si es necesario hundir, las

» paredes elásticas de la porcion superior y mas volu-
» minosa del cono (es decir, el diámetro biparietal
» del cráneo) entre los puntos opuestos del estrecho
» superior angustiado, de manera que se facilita el
» pasaje de toda la cabeza.

» 3° Sufriendo estas tracciones al traves de la pel-
» vis deformada, la cabeza se adapta, generalmente
» por sí sola, ó tal vez artificialmente dirigida, de
» manera que su diámetro menor, el bitemporal, se
» encaja en lugar del bi-parietal en relacion con el
» diámetro disminuido del estrecho superior.

» 4° La bóveda del cráneo se reduce mas fácilmente
» al volúmen requerido para que sea posible su pasaje
» al traves de una pelvis estrechada, cuando la fuerza
» compresiva actúa, como en las presentaciones pel-
» vianas, directamente sobre sus caras laterales, que
» cuando, como en las presentaciones cefálicas, obran
» parte sobre las caras laterales y en parte en las
» caras superiores de la bóveda. »

» 5° Que la duracion de los esfuerzos y los sufri-
» mientos de la madre siendo abreviados en gran
» parte por la version, cuando se emplea en vez de
» la craneatomia y del forceps, aumentan por esto
» las probabilidades de éxito y pronto restableci-
» miento. »

Ahora la principal ventaja que encuentra el pro-
fesor Simpson, de la cual las otras no serian sino con-
secuencias, consiste en la facilidad del encajamiento
de la parte mas estrechada del cono que forma la ca-
beza, es decir del diametro bi-temporal, pero Joulin

hace observar que en el encajamiento por el vértice, la cabeza está en flexion forzada y entonces no se presenta el bregma, » sinó un punto muy cercano del » occipucio, que forma el vértice de un cono, cuya » base está formada por las eminencias parietales y » que presenta mayor altura, que el cono parieto- » mastoideo y menor espesor en su vértice. »

Resulta además, de las esperiencias de Joulin, con la pelvis artificial y el ayuda forceps, que se necesita una fuerza mucho mayor para hacer pasar el feto por una pelvis que requiere una reduccion de la cabeza de un centímetro y medio, cuando se hacen tracciones por los pies, que cuando se aplica el forceps.

Es natural suponer que las lesiones que produce la compresion en las partes blandas de la madre, estarán en razon directa de la fuerza que se emplée para la estraccion del niño y que este mismo se verá mas espuesto á las diversas lesiones por compresion cuanto mayor sea la fuerza.

Nos parece pues que se debe reservar la version, en las estrecheces de la pelvis para los casos en que, como en la pelvis oblicua-ovalar, es posible por la version, llevar hácia la parte de la pelvis mas ancha la parte mas voluminosa de la cabeza, es decir el occipucio, primitivamente colocado en la mitad estrechada de la pelvis.

V

Las condiciones necesarias para que la version podálica pueda efectuarse con éxito, son varias.

El cuello uterino es preciso que se encuentre dilatado ó por lo menos que sea suficientemente dilatable, para que la mano pueda, sin hacer violencia ni correr peligro de ruptura del orificio, penetrar en la cavidad de la matriz.

El cuerpo del feto tiene que ser móvil. La inmovilidad puede depender de varias causas, segun la época del trabajo en que es llamado el partero á intervenir. Si el útero se hallase contraido, como sucede despues de la ruptura de la bolsa de las aguas y que éstas han salido abundantemente, como en las presentaciones de tronco, es muy dificil y hasta á veces imposible introducir la mano en la cavidad uterina y si esto se consigue, la inmovilidad del feto imposibilita la version.

Si la época de la intervencion fuese aun mas retardada, el encajamiento de la region que se presentase, cualquiera que ella sea, seria en unos casos una contra indicacion y siempre dificultaria ó impediria la version.

VI

La version podálica, como dice Joulin no es una operacion de eleccion, sino de necesidad; siempre que sea posible, se debe preferir el uso del forceps. Se presentan, sin embargo, casos en los que ella es la única esperanza de salvacion, tanto para la madre como para el niño.

El pronóstico de la version debe de ser en general, sobre todo en lo que se refiere al feto, siempre reservado. Las causas que requieren la version y la época mas ó menos favorable del trabajo en que ésta tiene lugar, influyen de una manera muy marcada, en la mayor ó menor gravedad de la operacion.

Cuando esta tiene lugar en tiempo oportuno, sin mas complicacion que la presentacion viciosa del feto, por ejemplo, que el cuello del útero esté bien dilatado, que la pelvis sea espaciosa, la bolsa de las aguas esté intacta y por consiguiente el feto sea perfectamente móvil, el pronóstico es mucho mas favorable que, cuando además del estado general malo de la madre, por accidentes tales como hemorrajias ú otros, las contracciones del útero, el encajamiento profundo de la parte que se presenta al estrecho superior, la

ruptura de la bolsa de las aguas, la estrechez de la pelvis y el volumen exesivo del feto, son otras tantas causas de inmovilidad del mismo.

Las maniobras en estos casos esponen á la madre á la inflamacion de la matriz y aun á la ruptura de este órgano y de la vagina.

El feto, por su parte, se halla espuesto á las lesiones por compresion del cordon y á las que sufre á veces la médula durante las tracciones y en algunos casos á las luxaciones de las vértebras cervicales y de los miembros y á las fracturas de los mismos.

El buen éxito de la version depende tambien, en gran parte, de la habilidad del operador.

En un número de 6,426 versiones practicadas por diferentes parteros en Francia, Inglaterra y Alemania, la mortalidad de los niños es de un 52,3 por ciento. De esta estadística la Alemania tiene una mortalidad de un 54.9 por ciento, la práctica inglesa no tiene sino un 41 por ciento y entre los franceses solo alcanza á 22.2 por ciento.

Pero en estas estadísticas no se tienen en cuenta ni las condiciones especiales ni la época en que tuvo lugar la intervencion, siendo esta tal vez, la esplicacion de la distinta mortalidad de los niños en la práctica alemana, inglesa y francesa.

Respecto de la mortalidad de las madres la estadística Alemana de Riecke, dá un 9.9 por ciento, la estadística Inglesa de Churchill dá un 6.2 por ciento y en Francia la mortalidad se eleva á 8 por ciento.

VII

La version podálica no se practica indiferentemente con cualquier mano. En las presentaciones del vértice y de la pelvis, se debe operar con la mano que colocada entre la pronacion y la supinacion corresponda al plano anterior del feto; en las presentaciones del tronco, con la mano del mismo lado que el hombro que se presente, ó bien con la mano cuya cara palmar una vez introducida corresponda al plano anterior del feto.

Los tiempos de la operacion han sido divididos en tres, á saber: la introduccion de la mano, la evolucion del feto ó version propiamente dicha y la estraccion.

Colocada la mano que no opera sobre el útero para inmovilizarlo, se presenta la mano elejida á la vulva en forma de cuña, franqueándola con precaucion en el intérvalo de las contracciones. Siguiendo la direccion del eje de la pelvis se llega al cuello del útero que se franquea con las mismas precauciones, durante el reposo del órgano. Una vez la mano dentro de la cavidad uterina, se buscan los piés ó el pié del feto, ya sea dirigiéndose directamente al punto en que se supone deben estar, ya siguiendo uno de sus planos.

Comienza entonces el segundo tiempo de la opera-

cion. Tomando con la mano los piés del feto se hacen de ellos tracciones, en el intérvalo de las contracciones, en direccion á la cavidad de la pelvis ayudando esta operacion por medio de maniobras esternas, con la mano que inmovilizaba el útero durante el primer tiempo, tendiendo á desalojar la cabeza del feto, facilitando así la version al obrar sobre sus dos estremidades. Cuando la indicacion que hay que llenar consiste solo en cambiar la posicion viciosa del feto, se abandona aquí el trabajo á la naturaleza que lo termina como un parto de pelvis, pero si la indicacion es tambien determinar prontamente el trabajo, se procede á practicar el tercer tiempo de la version ó sea la estraccion.

Esta se efectúa por medio de tracciones moderadas sobre los miembros que se han traido hácia la vagina, durante las contracciones, con el objeto de evitar la deflexion de los brazos ó de la cabeza.

VIII

Cayetana G. . . . de 28 años de edad, embarazada, argentina, mucama, de buena constitucion, bien conformada, se presentó en el Hospital de Mugeres el dia 11 de Diciembre de 1875, para ser asistida de un accidente de su embarazo.

Es primeriza, refiere se le suspendieron las reglas despues del 20 de Abril de 1875 y no ha tenido accidente ni complicacion alguna de la preñez, cuya época presumida ignora.

La paciente refiere que el dia 10 de Diciembre á las 6 de la mañana le aparecieron los primeros dolores del parto, los que continuaron durante todo el dia, con aumento paulatino, hasta que á las 7 de la noche se rompió la bolsa de las aguas y el brazo izquierdo del feto hizo procidencia fuera de la vulva.

Pasó la noche en este estado, espuesta á las maniobras inconcientes de un individuo que la asistia y no supo practicar, en tiempo oportuno, la version que estaba netamente indicada, aprovechando las probabilidades de salvar la vida del feto y ahorrar los sufrimientos y talvez la vida de la madre.

Se presentó en el Hospital, el dia 11 á la 1 y $\frac{3}{4}$ de la tarde, donde se constató su estado.

Se diagnosticó fácilmente una presentacion de tronco en primera posicion del hombro izquierdo con procidencia del brazo.

La indicacion de la version se presentaba en este caso, pues las presentaciones de hombro solo se terminan raramente por la version espontánea, pero en este caso esto no era de esperarse despues de tanto tiempo que el trabajo estaba iniciado, teniendo en cuenta el encajamiento é inmovilidad de la presentacion.

La evolucion espontánea, que es otra de las maneras como la naturaleza termina á veces, espontáneamente los partos de tronco, es una operacion cuyas dificultades parecen insuperables, y que necesita para que tenga lugar con buen éxito, condiciones especiales; ya sea el exceso de capacidad de la pelvis, ya sea la pequeñez del feto.

Esponiendo á la madre, en la mayoria de los casos, no solo á las rupturas del útero y del perinéo durante el trabajo, sino que tambien á la muerte, y aun mas al niño, que por la manera como se encaja y por las fuertes presiones que tiene que sufrir durante el trabajo está condenado á una muerte casi segura, la intervencion debe ser la regla.

Dados los antecedentes que suministró la enferma, cuyo estado general era deplorable, pues hacia muchas horas era presa de atroces dolores, la operacion debia ser laboriosa, porque el encajamiento de la presentacion por una parte, y por otra la evacuacion del líquido amniótico que, á causa de la inoclusion del

estrecho superior por la presentacion, se hace fácilmente en estos casos, debian inmovilizar el feto.

La auscultacion del tumor uterino no revelaba absolutamente ruido alguno fetal, de manera que la muerte del feto, que se podria haber asegurado á priori en vista de los sufrimientos á que se habia encontrado espuesto, fué un hecho constatado.

Colocada la paciente acostada al traves de la cama, en decúbito dorsal, apoyando el sacro sobre el borde anterior del lecho; los muslos en flexion sobre el abdómen y las piernas sobre los muslos, sostenidas por dos ayudantes, el tronco apoyado sobre unas almohadas colocadas en la cama, se le dió el cloraformo. En seguida procedió el profesor encargado de la clínica, á practicar la version.

Introducida la mano izquierda en la cavidad uterina el cirujano encontró directamente un pié é hizo tracciones de él. Pero en este segundo tiempo de la operacion, que constituye la version propiamente dicha, el cirujano no podia ayudarse rechazando por maniobras esternas el tumor cefálico hácia arriba, pues desde el primer momento se notó su falta absoluta de la fosa iliaca izquierda, debido al encajamiento exesivo de la presentacion.

Esto por una parte y por otra la retraccion del útero, cuyas contracciones comprimian dolorosamente el brazo del cirujano, y la evacuacion del líquido amniótico, inmovilizaban de tal manera la presentacion, que las tracciones aunque hechas con todo arte y moderacion, hacian temer al cirujano algun acci-

dente para el feto. Prosiguió, sin embargo, la maniobra por algun tiempo, hasta que convencido de la infructuosidad de sus esfuerzos para hacer efectuar la version al feto, renunció á hacer esta operacion.

Suponiendo entonces, en vista del encajamiento y del tiempo que hacia que el trabajo estaba iniciado, que pudiera terminarse el parto favoreciendo la evolucion espontánea, resolvió el cirujano proceder en este sentido, pues no quedaba otro recurso á no ser la embriotomia.

Haciendo en seguida tracciones en el hombro izquierdo se le hizo franquear á este el arco pubiano, disminuyendo de este modo el contenido del estrecho superior y favoreciendo en seguida de esta manera, el cuarto tiempo de la evolucion espontánea del feto. Se desprendieron en seguida, primero las nálgas, luego el tronco y finalmente la cabeza.

Inmediatamente se practicó la estraccion de la placenta.

Eran entonces las 2 y 10 minutos de la tarde, de manera que la duracion total del trabajo hasta su terminacion por la intervencion, ha sido próximamente de 34 horas-

El feto á término, pesaba 2.650 grámas, medía 45 centímetros de largo, sus diámetros occípito-frontal, bi-parietal y sub-occípito bregmático, eran de 10 centímetros y el occípito-mentoniano de 115 milímetros. Pero llamaba sobre todo la atencion, el diámetro bitemporal, que no medía mas que 6 centímetros, siendo debida, probablemente, esta reduccion de 2 centíme-

tros de este diámetro, á la compresion de la cabeza del feto contra la línea innominada, durante el encajamiento simultáneo de la base del tumor cefálico y del tórax, sufriendo los esfuerzos violentos para la expulsion, que no se podia efectuar por el exesivo volúmen de las partes que se presentaban simultáneamente, entravando la evolucion espontánea que se habia iniciado en este caso.

El momento oportuno para prácticar la version no se supo aprovechar en este caso, como lo probó la ineficacia de las maniobras que se tentaron con este objeto á la llegada de la enferma al Hospital. Una de las condiciones indispensables, para el éxito de la operacion, es la movilidad del feto y en este caso la inmovilidad era casi completa, debida: 1° á la evacuacion del líquido amniótico y contraccion del útero directamente sobre el feto y segundo al encajamiento de la presentacion. Era, sin embargo, necesario tentar la maniobra de la manera que se hizo, pues solo en el caso de que no tuviese éxito se debia favorecer el trabajo iniciado y aun en caso estremo recurrir á la embriotomia.

La operacion fué lo mas feliz que era de desear para la madre, pues salió de alta del Hospital el dia 23 de Diciembre, esto es doce dias despues del parto.

IX

María B. . . . de 26 años de edad, embarazada, italiana, de profesion lavandera, bien constituida y bien conformada, se presentó en el Hospital de Mujeres, el dia 22 de Abril de 1876, á las 6 de la tarde, para ser atendida de un accidente de su embarazo.

Esta mujer ha tenido dos partos anteriores, á los 15 años tuvo sus primeras reglas, no sabe cuando le aparecieron por última vez, y no indica accidente alguno durante la preñez, cuya época presumida ignora.

Algunas horas antes de su venida al Hospital, refiere la enferma sintió una hemorrágia de bastante intensidad, la que fué contenida por medio de un tapon formado con el cabo de una cuchara rodeado de algodones formando un hisopo, é introducido el todo en la vagina.

Cuando vino al Hospital el estado de la enferma era bastante malo. La palidez de su rostro, la frialdad de las estremidades y el pulso pequeño y blando que presentaba, atestiguaban de la gravedad de la hemorrágia que habia sufrido anteriormente.

La enferma sentía además contracciones uterinas, que podian ser atribuidas en parte al tapon, que por su forma y consistencia exitaria el cuello del útero

de una manera mas directa que un tapon comun. Habiendo sobrevenido una nueva hemorrágia, se procedió á sacar el taponamiento, para hacerlo de nuevo segun las reglas del arte; pudiendo entonces hacerse el tacto vaginal para examinar el estado del cuello uterino.

Este se hallaba algo dilatado, reblandecido, poco accesible y difícil de limitar; hácia su segmento posterior, se notaba una masa carnosa, que se podia confundir con un repliegue mucoso de la vagina, pero apesar de que, con el taponamiento que se habia practicado, se habian perdido algo las relaciones, daba al dedo la sensacion de la placenta.

Practicose en seguida un nuevo taponamiento, por medio de pelotillas de algodon embebidas en una solucion de percloruro de hierro convenientemente dispuestas. Se contuvo con esto la hemorrágia, disminuyendo al mismo tiempo las contracciones en número é intensidad, hasta el punto que cesaron durante la noche.

Examinando el tumor uterino, se notaba que no tenia la forma esférica que se puede decir, es una probabilidad de que se trate de una presentacion de vértice ó de pelvis. Era oblícuo y tenia la forma de una V, de la cual una rama se dirigiese hácia el límite del hipocondrio derecho, cruzando la zona umbilical y la otra en direccion al límite izquierdo de la misma zona umbilical en su parte média y superior.

Este tumor, uniforme en el intérvalo de las contracciones, se dividia cuando estas tenian lugar, en dos

mitades bien definidas, formando dos tumores situados uno en el lado superior y derecho, el otro inferior con relacion al primero, y situado en la línea média. El volúmen del primero era un poco mayor que el del segundo.

La palpacion no revelaba tumor alguno en la fosa iliaca derecha, pero desde la fosa iliaca izquierda partía el vértice de la V que formaba el tumor uterino.

La auscultacion hacia oir el foco del ruido del corazon fetal hácia el lado derecho del ombligo de la madre, propagándose hasta su lado izquierdo. El foco era único.

El dia 23, á las 7 1[2 de la noche, las contracciones espulsaron el tapon y tuve ocasion de examinar entonces á la enferma, en compañía del señor Practicante Mayor interno del Hospital, mi amigo el Sr. D. Luis A. Vila.

Practicando el tacto vaginal, se encontraba la vagina tapizada de coágulos sanguíneos y con algun trabajo, se llegaba al cuello del útero que se encontraba bastante alto y posterior, siendo para esto necesario hacer el tacto con el dedo médio, pues no bastaba el índice. El cuello tenia una dilatacion de unos 5 centímetros de diámetro próximamente y aunque muy clástico, tenia aun cierta resistencia. Circunscribía una membrana mey tensa, que formaba una bolsa al traves de la cual fué imposible constatar presentacion alguna, ya porque esta se hallase muy elevada, ya porque la forma de la bolsa, que no era plana como

en las presentaciones que cierran bien el estrecho superior, sinó mas bien tenia la forma de un cono á vértice romo sumamente tenso á causa de las contracciones del útero, é impedia al dedo esplorador constatar nada al traves del espeso cogin líquido que formaba.

A las 8 de la noche se rompió la bolsa de las aguas y se evacuó una gran cantidad del líquido amniótico.

El tacto vaginal, practicado entonces, nos suministró datos mas precisos que los que habíamos podido constatar anteriormente. Hácia la parte ántero-superior de la vagina, el dedo encontraba un cuerpo blando que hacía hernia en esta parte y que no se podia limitar hácia arriba, dando la sensacion de un gran coágulo sanguíneo consistente, que creimos fuera parte de la placenta desprendida; hácia la parte posterior é izquierda de la cavidad uterina, se notaba una rugosidad consistente y mal limitada que creimos pudiera ser la cara fetal de la placenta inserta en ese punto.

Sobrevino entonces una hemorrágia de alguna intensidad, pero que fué felizmente de corta duracion.

La llegada del Dr. D. Samuel A. Molina en este momento, fué un poderoso auxilio, pues necesariamente era preciso la intervencion.

Practicó el reconocimiento necesario, para darse cuenta del estado actual del caso y aunque tampoco pudo reconocer la presentacion, por estar esta muy alta, constató lo que habíamos encontrado anteriormente con el señor Practicante Mayor.

Despues de una corta deliberacion se resolvió que se debia resueltamente hacer la esploracion, introduciendo la mano en la cavidad uterina, para proceder inmediatamente, sea á enganchar el pliegue de la ingle si se tratase de la pelvis, y encajar la presentacion, sea á practicar inmediatamente la version, si se tratase de una presentacion de tronco; pues teniamos conciencia de que se trataba de una insercion viciosa de la placenta, cerca del cuello é inmediatamente por encima de él y en la parte izquierda y posterior de la cavidad uterina.

Aunque la dilatacion del cuello no era aun completa, era sin embargo suficiente para permitir el paso de la mano del operador.

El temor de nuevas hemorragias, que hubieran sido de gran gravedad, no solo en sí, sinó mas aun teniendo en cuenta el estado de debilidad en que se hallaba la enferma, á consecuencia de las hemorragias anteriores, fueron motivo para no diferir mas la época de la intervencion de la manera que fuera mas conveniente, prévia la esploracion, que podiamos considerar como un primer tiempo de la operacion.

La auscultacion reveló en aquel momento el ruido de los latidos del corazon del feto.

Colocada la enferma en la posicion conveniente, no pudiendo el cirujano hacer la eleccion de la mano, introdujo la derecha préviamente cubierta de aceite, en su cara dorsal, para facilitar su deslizamiento en la cavidad uterina.

Notó inmediatamente hácia el lado derecho el plie-

gue de un miembro que enganchó con el dedo estrayéndolo despues y pudimos ver entonces que era el brazo izquierdo, haciéndonos cargo por esto que se trataba de una presentacion de tronco en segunda posicion del hombro izquierdo. Sobrevino en aquel momento bruscamente una hemorragia que se contuvo pronto, lo que nos hizo creer que era sangre que se hallaba detenida en el útero.

La intervencion debia consistir entonces en la version podálica, con ánimo de salvar la vida del niño é impedir que nuevas hemorragias pusieran en mayor peligro la de la madre, apresurando el trabajo, que es siempre muy laborioso cuando no imposible espontáneamente, en las presentaciones de tronco y mas aun tratándose de una insercion viciosa de la placenta, que por si sola, es en la mayoria de los casos, indicacion de la intervencion.

El cirujano sin cambiar la mano, pues tratándose de una posicion del hombro izquierdo dorso anterior, la mano derecha correspondia por su cara palmar á la anterior del feto, introdujo el brazo del niño y fué directamente á buscar sus piés hácia el lado izquierdo de la cavidad uterina, consiguiendo al cabo de poco tiempo traer afuera el pié izquierdo por el cual se pasó un lazo.

Fué en seguida á buscar el pié derecho, pero en esta segunda parte del primer tiempo de la version encontró el cirujano mayores dificultades, pues la rodilla derecha del feto se hallaba enclavada sobre la línea innominada, hácia el lado izquierdo de la pelvis. Era

necesario hacer rotar el feto de manera que la rodilla llegando á la estremidad posterior del diámetro oblícuo derecho, se pudiera desprender por la concavidad del sacro, maniobra que se practicó aunque con algun trabajo, pues las contracciones uterinas dificultaban mucho la operacion.

Haciendo en seguida tracciones de la pierna izquierda, se desprendió la derecha que se desdobló al salir, siguiendo casi simultáneamente la salida de las nalgas en primera posicion. Continuando las tracciones de las dos piernas, durante las contracciones, se empezó á desprender en la misma posicion y sin mucho trabajo el tronco con el brazo izquierdo, sacando el derecho el cirujano antes de que se desprendiese completamente.

La operacion no podia haber sido mas feliz hasta este momento, bien que hubiera sido algo laboriosa, pero faltaba aun el desprendimiento de la cabeza.

Cada una de las partes del feto que habian salido ya merced á la depresibilidad de sus grandes diámetros, pudieron sin gran inconveniente pasar por la hilera pelviana obstruida en parte por la placenta, que como hemos dicho se notaba en la pared posterior é izquierda de la cavidad uterina; pero la cabeza presenta diámetros que si bien son reductibles, lo son cuando actuan sobre ellos fuerzas que no entran en accion en la version, operacion que solo saca partido de la disposicion de las partes, armonizando el continente con el contenido de manera que el uno dé paso al otro.

La cabeza no siguió los movimientos que efectuó el feto en la version y en lugar de presentarse en primera posicion y en flexion como correspondia, se presentó en tercera y deflejada, encajándose la barba en la placenta, con la que estaba en relacion.

Tratóse entonces de provocar la flexion de la cabeza, introduciendo la mano derecha en la cavidad uterina y buscando primero la cara para introducir los dedos índice y medio en la boca del feto y hacer vascular el tumor cefálico, ayudando este movimiento con los dedos de la mano izquierda que hacian presion sobre el occipucio; pero esta maniobra fué infructuosa siendo preciso renunciar á ella, pues la resistencia era tal que era de temerse una fractura ó una luxacion del maxi lar inferior.

Se trató entonces de desenclavar la cabeza, haciendo rotar la barba hácia atrás y al efecto, el cirujano mientras con una mano actuaba directamente sobre la cara, trataba de favorecer la maniobra por medio de movimientos de rotacion del tronco sumamente suaves, con todo cuidado por temor de luxar el atlas, pero tampoco dió esto resultado.

Tambien se hizo uso de una de las ramas del forceps, sirviendo de palanca, introducida entre el parietal izquierdo del niño y la escavacion pelviana para hacer rotar la cabeza.

Todas estas maniobras habian durado ya bastante tiempo y era necesario concluir de algun modo y pronto, sobre todo teniendo en cuenta el estado en que se encontraba la enferma, debilitada por las hemor-

ragias anteriores y por la que tenia lugar durante la operacion.

Examinando el cordon se notaba la falta absoluta de los latidos, infiriendo por esto que el feto habia sucumbido.

El cirujano recurrió entonoes de nuevo al primer proceder puesto en práctica, é introduciendo los dedos de la mano derecha en la bocadel feto y apoyándo con la izquierda en su occipucio, despues de laboriosos esfuerzos, logró hacer la flexion y el desprendimento de la cabeza en tercera posicion.

Ligado en seguida el cordon se constató de nuevo, prolijamente la muerte del feto pues en vano se buscaron los latidos de su corazon.

Eran las nueve y quince minutos de la noche.

La placenta, de un volumen notable fué espulsada sin ningun accidente quince minutos despues.

El feto á término pesaba 3650 gramas, medía de largo 52 centímetros, los diámetros de la cabeza eran los siguientes: el occípito frontal de 11 centímetros, el occípito mentoniano de 12, el bi-parietal de 9 y el sub-occípito bregmático igualmente de 9 centímetros.

La muerte del feto tuvo lugar durante la operacion, pues los latídos de su corazon se constataron antes de comenzarla, pero esta no fué tan larga y aun podemos decir ni tan laboriosa, para que los sufrimientos del feto pudieran esplicar su muerte, tanto mas cuanto que el cordon no ha estado comprimido durante la operacion, como tuvo ocasion de observar en distintos momentos el cirujano operador. Si bien creémos que

la operacion no puede ser en sí suficiente para esplicar la muerte del feto, fué probablemente la causa determinante, encontrándose el niño indudablemente debilitado por las hemorragias que habia sufrido la madre desde 24 horas antes de la terminacion del trabajo.

La enferma sin mas accidentes que la fiebre traumática de poca importancia que sobrevino al dia siguiente de la operacion, se hallaba convaleciente ya el dia 1° de Mayo.

V° B°

AGUIRRE.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Anatomia. Cubiertas, tejido propio, vasos sanguíneos, vasos linfáticos y nervios del riñon.-

Fisiologia. Funcion del riñon.

Materia Médica. Accion fisiológica y efectos terapéuticos de la nuez vómica.

Nosografia Quirúrgica. Clasificacion, curacion espontánea, tratamiento de los aneurismas.

Obstetrícia. Indicaciones de la embriotomia y de la operacion cesárea.

Medicina Legal. Accion de retractacion en litijio de legitimidad.

Oftalmologia. Teorías sobre la patogénia de la catarata.

Clínica Médica. Diagnóstico diferencial de las fiebres remitentes, intermitentes y contínuas.