

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

---

## LATERALIZACION

DE LA

# CABEZA FETAL

DISERTACION

Que para el Concurso de Profesor adjunto á la Clase de Clínica de Obstetricia

Presenta al Jurado Calificador

**MANUEL BARREIRO Y VALLEJO**

Profesor de Medicina y Cirujía  
—y Jefe de Clínica de Obstetricia de la Facultad de Mexico.—



MÉXICO

EDUARDO DUBLAN, IMPRESOR.

CALLEJON DE 57 NÚMERO 7.

—  
1895



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSITY OF CALIFORNIA

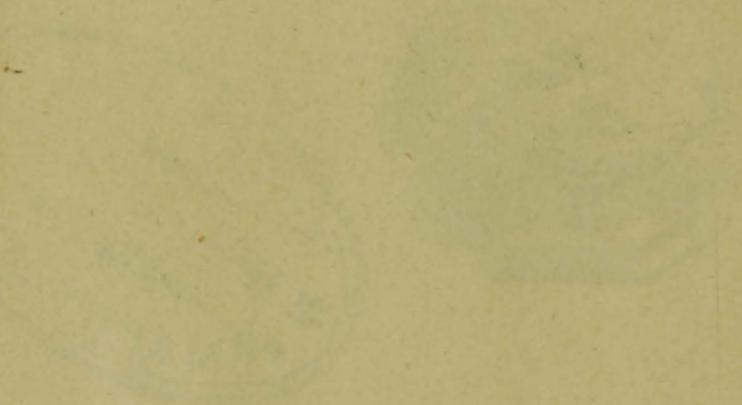
# CABRERA & FERRER

PROFESSORS OF

THE DEPARTMENT OF CHEMISTRY

UNIVERSITY OF CALIFORNIA

MANUEL CABRERA Y FERRER



1910

A la sagrada memoria de mi Padre





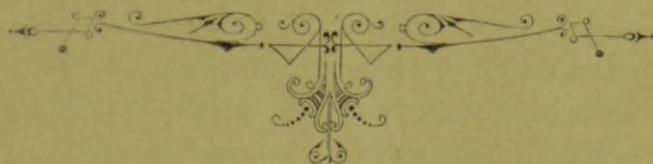
THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

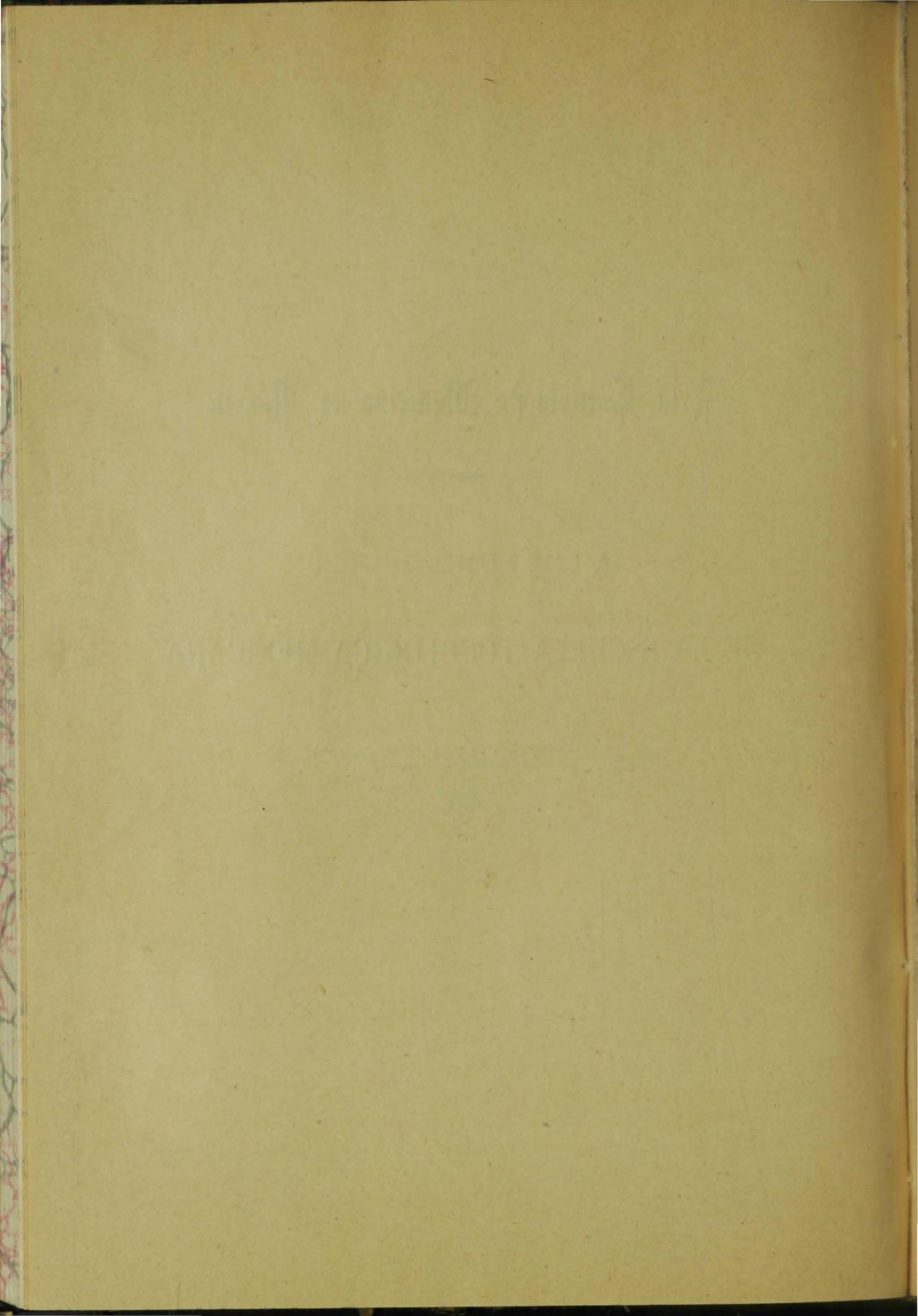
A la Escuela de Medicina de México



A LOS FUNDADORES

DE LA ESCUELA TOCOLOGICA MEXICANA





SEÑORES JURADOS:

**G**NCARECER la importancia del asunto que se ha elegido para prueba escrita en concursos de esta naturaleza; escudriñar en tratados antiguos y modernos aquellas cuestiones menos debatidas para hacer resaltar alguna novedad, formar, en fin, la historia más ó menos erudita del punto á que se refiere el trabajo emprendido, ha sido y es costumbre de cuantos á vosotros se dirigen con la mira de obtener el puesto honrosísimo á que aspiramos; pero dado el carácter meramente clínico de este concurso, dados vuestros profundos conocimientos en este importante ramo de la medicina, no me detengo en apuntar la importancia del asunto á que en este trabajo me concreto, porque vosotros lo juzgaréis con mucho más acierto del que yo pudiera hacerlo y no distraeré vuestra atención con la reseña histórica de lo que hasta ahora han escrito los autores extranjeros sobre la materia, porque mi objeto, bien se comprende, no es dar una muestra de erudición, casi siempre afectada y petulante, sino trazar un cuadro estrictamente clínico, presentar un problema que acontece todos los días y cuya resolución, en verdad, no es siempre fácil.

En efecto, recorred vuestra práctica; recordad las veces que habéis sido llamados para socorrer á una mujer en trabajo de parto, en la que la cabeza se encuentra detenida desde largas horas en la excavación, que no avanza, no obstante que sin cesar es urgida por poderosas y frecuentes contracciones de la matriz. Recordad que después de un detenido examen, se observa que la causa de la dificultad reside en una

posición irregular de la cabeza respecto al canal pélvico; que, en vez de que el ovoide cefálico se encaje y descienda en el canal según su centro de figura, se ha introducido, inclinado sobre uno de sus lados, y por lo mismo no presenta sus más favorables diámetros á los más extensos del canal; por último, ante cuadro semejante, es de rigor aplicar el forceps con la mira de corregir esta mala presentación; si bien hay que tener en cuenta que al decidirse por este medio, no siempre se puede alcanzar la oreja posterior que está muy alta, tan alta, que muchas veces es inaccesible y que si desgraciadamente esto sobreviene cuando la sínfisis pubiana está muy desarrollada y dificulta la colocación de la rama anterior, la articulación del forceps ofrece grandes dificultades, pues la rama posterior está más alta que la anterior.

Cuando, en fin, después de vencer tantos obstáculos tiramos del instrumento, primero con método, después con precipitación, al último con angustia, aquella cabeza no se mueve, no avanza un ápice, comprometiendo en su obstinada inmovilidad la vida del niño, la salud de la madre, y os lo diré con claridad, nuestro amor propio.

Este es el caso, Señores Jurados, que me he propuesto traer ante vuestra ilustrada consideración, caso eminentemente clínico cuya resolución me ha preocupado desde que era yo practicante interno del Hospital de Maternidad, y que no una, sino repetidas ocasiones, he encontrado en mi práctica. Vosotros, como yo, lo habéis visto también con frecuencia, porque frecuentes y múltiples son las causas que lo producen.

El estudio de estos hechos, el análisis de los fenómenos que constituyen el dinamismo del parto y el modo como procede en estas circunstancias la Escuela Ecléctica Mexicana, como la llamó mi inolvidable maestro el Dr. Don Juan María Rodríguez, constituyen el objeto del trabajo que me he propuesto presentar ante vuestra respetable consideración.

\*  
\* \*

Múltiples son las causas que pueden producir las presentaciones inclinadas de la cabeza del feto, porque concurriendo al mecanismo de la acomodación y del parto, factores diversos y de notoria importancia respecto á la actitud que afecta el ovoide fetal dentro del claustro materno, es una consecuencia forzosa que todo obstáculo, toda rémora, toda dificultad que impida que el feto acomode su forma y dimensiones á la forma y dimensiones que afecta el continente y el canal que

debe recorrer, debe producir una acomodación irregular y en desacuerdo con la actitud que fisiológicamente le corresponde.

La forma de la matriz hacia el fin del embarazo es la de un ovoide de grande eje longitudinal, móvil dentro de la cavidad abdominal y sujeto sólo por los ligamentos suspensores, cuyo papel es casi nulo en esta época, y por la pared abdominal sobre la cual descansa hacia adelante. El eje del órgano se encuentra, pues, sobre una línea que partiendo un poco más arriba de la cicatriz umbilical, se dirige hacia abajo y hacia atrás y, en esta posición, el útero descansa verdaderamente en la pared abdominal, cuya elasticidad le permite verificar los maravillosos fenómenos de la acomodación, en virtud de los cuales cada parte del feto adopta el lugar de la matriz que más conviene á su forma y á sus dimensiones. Así es que el extremo cefálico, el más pequeño, se dirige habitualmente hacia abajo, y el extremo pélvico, el más grande, hacia arriba, pues el fondo de la matriz es la parte más voluminosa del órgano, en tanto que el segmento inferior es el que ofrece menor espacio. La columna vertebral, fija, resistente y de superficie convexa hacia adelante, se adaptará mejor con un plano cóncavo del feto, y la pared abdominal, móvil, elástica y de superficie cóncava hacia atrás, hará lo propio con un plano convexo del ovoide fetal. Las formas relativas del continente y del contenido, por una parte, y las contracciones indoloras del órgano gestador por la otra, son las causas que determinan la conjugación respectiva de los ejes del feto y de la matriz. Pero para que el parto pueda verificarse sin inconveniente, para que el feto pueda atravesar sin tropiezo el canal pélvico, no basta que uno y otro coincidan, sino que á su vez éstos se confundan ó al menos se aproximen al eje del canal osteo-músculo aponevrótico que debe atravesar. Ahora bien, en los casos, bastante frecuentes en México, en que la matriz se encuentra en anteversión ligera ó exagerada á causa de la pérdida de tonicidad de la pared abdominal, el eje del producto coincide bien con el de la matriz, pero ambos forman con el eje del estrecho superior un ángulo obtuso abierto hacia atrás. La falta de conjugación de estos ejes imposibilita el descendimiento de la cabeza, según uno de los diámetros oblicuos de la pelvis y por ende la extremidad cefálica, estará móvil sobre el estrecho superior.

Por esta causa las presentaciones inclinadas son mucho más frecuentes en las múltiparas que en las nulíparas, pues encontrándose en aquellas la pared abdominal, laxa, atónica, distendida por embarazos anteriores, la acomodación del feto es irregular y la cabeza no se encaja verdaderamente en el estrecho superior, sino á última hora. ¿Qué sucede en estas circunstancias? Que cuando el trabajo comienza, cuando las

contracciones, después de dilatar con mayor ó menor dificultad el orificio uterino, urgen y compelen al producto á salir del recinto materno, la cabeza es lanzada muy directamente hacia atrás contra el promontorio sobre cuya parte se apoya fuertemente el parietal posterior. La resistencia que encuentra la cabeza en esta parte de la pelvis, si no es insuperable, al menos es mucho mayor que la que se ofrece al parietal anterior, y entonces el feto, sin César urgido, exprimido por las contracciones habitualmente poderosas del útero, se encaja en el cerco oseo llamado estrecho superior, pero siguiendo el punto en donde la resistencia es menor. Así es que en circunstancias semejantes, es lógico y muy natural que el parietal anterior descienda antes que el posterior. Mas este descendimiento no puede efectuarse sin un cierto grado de flexión lateral del cuello y sin que el eje antero-posterior del ovoide cefálico, representado por la sutura sagital, se incline hacia atrás y se halle más cerca del promontorio que de la sínfisis del pubis.

Esta causa de inclinación de la cabeza es frecuente en México, porque la clase pobre de las mexicanas se dedica habitualmente á trabajos que facilitan y predisponen á la antiversión de la matriz. Las lavanderas, cocineras, molenderas, etc., que pasan los primeros como los últimos meses de la gestación dedicadas á tareas que las obligan á adoptar una posición muy inclinada hacia adelante y en sus movimientos de vaivén martillean verdaderamente con el útero grávido la pared abdominal, acaban por vencer la tonicidad y la elasticidad de esta parte, que, distendida al máximo cesa de ser un sostén eficaz para mantener al útero en una dirección conveniente.

Hasta aquí, sólo me he detenido en los fenómenos que resultan de la pérdida de la tonicidad de la pared abdominal como causa de la preinclinación de la matriz; pero dada la imprescindible necesidad que hay de que tanto el feto como el útero y el canal pélvico conjuguen hasta donde sea posible sus ejes longitudinales, *ut infanti et útero et pelvis una et eadem sit axis*, no debe llamar por lo mismo la atención que todas las causas que destruyan esta armonía puedan producir, como en efecto producen, la lateralización de la cabeza del feto; así, no solamente la anteversión del útero grávido es susceptible de ocasionar semejante anomalía, sino que la anteflexión y las latero-ersiones suelen producir un resultado idéntico. De ello es un ejemplo la observación número 1 que va anexa á este estudio, y la razón es la misma que para el primer caso: irregularidad en los factores de la acomodación.

Semejante cosa se ve también en los casos distócicos en que el líquido amniótico es más abundante que al estado normal, esto es, en

el hidro-annios, pues fuera de que las paredes uterinas distendidas al máximo por la presencia de una enorme cantidad de líquido, no pueden obrar sobre el producto de una manera tan eficaz como cuando la cantidad de éste es normal, la cavidad uterina tiene una capacidad mayor y por lo mismo una forma diferente de la que afecta al estado fisiológico. En estos casos, el producto de la concepción se encuentra holgado, libre en una cavidad demasiado grande para él y por una acomodación defectuosa se aboca á veces hacia el estrecho superior en presentación de vértice inclinado, cuando no en presentación de extremidad pélvica ó de tronco. El feto también contribuye por su parte para hacer esta acomodación regular, no por un acto consciente ó reflejo como lo habían pretendido autores antiguos, sino por la tonicidad propia de los tejidos vivos; por esta razón, cuando falta dicha tonicidad, como en el caso de muerte del feto durante el embarazo, la acomodación es defectuosa y las presentaciones viciosas relativamente frecuentes; afortunadamente para estos casos, la naturaleza tiene otros recursos que hacen que el parto se termine espontáneamente, y dicho sea de paso, este fenómeno no es tan raro como lo pretenden ciertos autores extranjeros.

Si por ventura, los factores de la acomodación han producido su habitual resultado: la actitud normal del producto, y el trabajo se declara, la cabeza es lanzada en una dirección perpendicular al plano de la abertura superior de la pequeña pelvis y el centro de la cabeza coincidirá con el centro de figura del estrecho superior.

No hay *asinclitismo*, Señores, cuando la pelvis es normal y el conjunto armónico de los factores de la acomodación y del trabajo han producido un resultado perfecto.

No así cuando la pelvis está estrecha en su diámetro antero-posterior, cuando la quinta vértebra lombar está más adelante que normalmente, ó en los casos de escoliosis, cosa no muy rara en verdad en mujeres que desde su niñez se han entregado á trabajos que exigen mayor uso de un brazo que del otro, como las leñadoras y las que desde su infancia han estado empleadas de crianderas de niños, etc. etc.; en estos casos, la cabeza descende asinclíticamente porque el parietal posterior encuentra una resistencia tal para salvar el promontorio, que rozándole, oprimiéndole, contundiéndole enérgicamente, sólo logra descender un poco, en tanto que el anterior se insinúa detrás del arco del pubis, cuya forma es más propicia y descende profundamente en la excavación. En este momento el asinclitismo está constituido.

Figurémonos ahora que no es el promontorio, no es la columna lombar lo que está proyectado hacia adelante, sino que la curva sacra,

en vez de tener una curvatura normal, presenta esa forma plana que es común en las pelvis raquílicas y que constituye la variedad de pelvis llamadas *canaliculadas*; tampoco en este caso el parietal posterior encontrará hacia atrás el espacio suficiente para descender, y en tanto que el anterior recorrerá fácilmente la altura de la sínfisis púbica, el posterior se encontrará detenido por un exceso de resistencia.

Supongamos al contrario, que hacia atrás no existe causa alguna que dificulte el descenso de la cabeza, pero que la sínfisis es demasiado alta, como acontece en la pelvis mexicana; en este caso, ambos parietales se encajarán á la vez; pero el posterior que descende en una curva amplia, regular, de forma cóncava, en armonía con la forma convexa de la cabeza del feto, descenderá con notable facilidad, en tanto que el anterior, que ha descendido un cierto espacio venciendo una resistencia enorme, acabará por detenerse, y el ovoide cefálico, urgido sin cesar por las contracciones de la matriz, afectará una posición inclinada hacia atrás, quiere decir, la sutura sagital estará más cerca del pubis que del promontorio. Por último, en los casos de embarazo gemelar, el descendimiento del primer feto no es muchas veces regular á causa de la presencia del segundo, que bien por su extremidad cefálica, bien por la pelviana, estorba y desvía la cabeza del que se presente antes.

A título de excepción señalo como causa de inclinación de la cabeza la luxación coxo-femoral doble congénita, que produciendo una exagerada inclinación hacia adelante del estrecho superior, destruye la conjugación de los ejes y trae consigo el asinclitismo exagerado de la cabeza. Más adelante me ocuparé de explicar la manera como se suceden los fenómenos mecánicos del parto en estas diferentes eventualidades; pero permítaseme antes apuntar, que aun siendo normal la posición respectiva del útero, el feto y el canal, aun considerando el parto en una pelvis irreprochable bajo el punto de vista de sus diferentes diámetros, quedan otras causas que pueden determinar la inclinación de la cabeza; estas causas se refieren á las partes blandas del canal útero-vaginal y á los anexos del feto. Entre las primeras, designaré la posibilidad de que existen adherencias antiguas que fijen el útero en una posición viciosa é imposibiliten la conjugación de los ejes, pero principalmente, los tumores y cicatrices viciosas del cuello, que, dificultando la dilatación regular del orificio, retienen la porción de la cabeza que corresponde al punto no dilatado.

La dilatación perfecta y regular del cuello es una condición indispensable para que los fenómenos mecánicos del parto puedan verificarse de un modo regular. La rigidez anatómica del cuello y con es-

pecialidad la rigidez sifilítica que es tan frecuente, producen habitualmente la inclinación de la cabeza. La presencia de tumores en la cavidad abdominal, quistes del ovario, fibromas, osteo-sarcomas, hernias umbilicales, etc., que por su volumen desvían al útero de su situación fisiológica, producen el mismo resultado, y la vejiga distendida por la orina, que alcanza en ciertas mujeres dimensiones enormes, por la costumbre de retener este líquido largo tiempo, desvía al útero grávido hacia atrás y produce en el momento del parto una inclinación muy marcada del parietal posterior.

Los tumores de la vagina, los trombus, la presencia de materias fecales en el intestino, dificultan la marcha del trabajo y ordinariamente producen el asinclitismo de la cabeza.

Respecto á los anexos fetales, designaré la inserción de la placenta sobre el segmento inferior, que por su presencia modifica la posición de la cabeza y dificulta la dilatación del cuello; pero sobre todo, la ruptura prematura de la bolsa, accidente que influye de un modo tan directo sobre la dilatación cervical y especialmente cuando la cabeza no entra á plomo en la excavación.

A falta de las numerosas causas que he apuntado y cuando no existe por parte de la madre nada que pueda ocasionar el accidente que me ocupa, la intervención desatinada del partero puede ocasionar la inclinación de la cabeza. ¡Qué de veces el médico, que cree fácil terminar un parto por la versión podálica, introduce la mano y en sus tentativas de repeler la cabeza para tomar los pies, no consigue otra cosa que inclinar el ovoide cefálico sobre uno de sus lados! ¡Qué de veces también, y esto es desgraciadamente frecuente entre nosotros, cuando un parto, por una razón ú otra, no se termina con la prontitud que ciertas gentes desean, se administra á la mujer un ocitócico cuyo efecto, como todos sabemos, no es más que producir una contracción tetánica del músculo uterino y perturbar definitivamente el dinamismo del parto!

\* \* \*

¿La cabeza desciende sinclíticamente en el estrecho superior, al estado normal?

Cuestión es esta debatida entre parteros eminentes desde hace largos años y cuya resolución importa modificaciones capitales en el mecanismo del parto, pues de la situación absoluta y relativa que afecte el ovoide cefálico al presentarse en la entrada de la pelvis, dependerá en su mayor parte la extensión y la dirección de los movimientos que

debe ejecutar para atravesar la hilera pelviana. Consideremos, en efecto, la oblicuidad de Raederer, la oblicuidad de Solayres, y por último, la de Naegelé.

La primera consiste en el movimiento de rotación de la cabeza sobre su eje transversal, quiere decir, la flexión exagerada. La segunda se refiere á que la cabeza penetra y desciende según uno de los diámetros oblicuos. La tercera se caracteriza por el descenso más notable de un hemisferio de la cabeza que del opuesto.

La primera, universalmente admitida y comprobada por la práctica, no solamente no opone dificultad alguna para el descenso de la cabeza, sino que aminorando el diámetro que se presenta por la sustitución del diámetro sub-occipito-bregmático, que mide  $9\frac{1}{2}$  centímetros al sub-occipito frontal que mide 11 centímetros, coloca la cabeza en una posición más favorable que la que tenía antes del principio del trabajo.

La segunda, que resulta de la acomodación, y que preexiste por consecuencia á los fenómenos del trabajo, favorece igualmente la penetración y descenso de la cabeza, porque en virtud de esta oblicuidad, la cabeza conjuga sus mayores diámetros con los mayores del estrecho. En efecto, si en el esqueleto el diámetro transversal es mayor que los oblicuos y que el antero-posterior, cuando la cabeza se encaja en la entrada de la pelvis, el diámetro transversal no es practicable; porque, cruzando el diámetro antero-posterior en un punto más próximo al promontorio que á la sínfisis pubiana, no dividiría á este último diámetro en dos partes iguales y la cabeza no encontraría hacia atrás espacio suficiente para alojar su hemisferio posterior. Por otra parte, la cabeza afecta esta dirección desde los últimos días del embarazo, porque no podría existir equilibrio estable entre dos superficies convexas: el cráneo fetal y la saliente del promontorio. En cuanto á la tercera, emitida por Naegelé en 1819, ha sido objeto de numerosas discusiones por parte de Moreau, Velpeau, Caseaux, Duncan, Leishman, Tarnier y otros parteros no menos ilustres. Unos atacando la idea del asinclitismo; otros, como Barnes, Marc, See y Lenoir, defendiendo esta opinión, y otros, en fin, como Pinard y Varnier, sosteniendo por medio de cortes en cadáveres congelados de mujeres muertas al estado grávido, que el asinclitismo existe, pero afirmando que la inclinación lateral es justamente contraria á la que Naegelé pretendía.

En este caos de opiniones, es difícil dar crédito á unos ú otros y prefiero atenerme á lo que la práctica indica. Sé muy bien que la indicación que da el tacto es muchas veces engañadora, supuesto que el canal pélvico es curvo, en tanto que el eje de la vagina es rectilí-

neo, lo cual hace que al introducir el dedo se toque el parietal anterior antes que el posterior; pero observando con atención la distancia recíproca á que se encuentra la sutura sagital del promontorio y de la sínfisis, en los partos fisiológicos, siempre la he encontrado igual, de suerte que, para mí, la cabeza descende á plomo sobre el plano del estrecho superior. Así lo admite, hasta hoy, la Escuela Tocológica Mexicana, y fundándome en mis propias observaciones, tengo mi convicción formada.

Pero aun cuando esto no fuera así, aun cuando, efectivamente, la cabeza descendiera al estado normal, asinclíticamente, la causa de distocia sería la misma, únicamente que sería cuestión de grado. Si, en efecto, un asinclitismo ó inclinación lateral poco pronunciado, no produce un obstáculo considerable para la verificación del parto, ¿será lo mismo cuando esta inclinación vaya más allá de lo que Naegelé consideró como fisiológico? No; primero, porque en situación demasiado inclinada, la cabeza presenta una circunferencia mayor que la circunferencia sub-occipito-bregmática; después, porque los fenómenos plásticos son muy diferentes en esta presentación anormal de vértice, y como explicaré en seguida, se modifican profundamente los diversos movimientos que constituyen el mecanismo del parto.

La base del cráneo es móvil sobre la columna vertebral, no solamente en el sentido antero-posterior, sino en el sentido lateral. Si, pues, uno de los lados de la cabeza encuentra una resistencia mayor de un lado que del otro, éste descenderá más, porque recibe una suma de impulsión que no quedará neutralizada por una resistencia equivalente.

En los casos que he supuesto al principio, en que la cabeza, por una razón ú otra, se presenta inclinada, el primer efecto de la impulsión uterina es doblarla exageradamente, no tan sólo en el sentido antero-posterior, sino en el lateral. Si la causa persiste, si es considerable, si las contracciones son enérgicas y la bolsa está rota, la inclinación se acentuará más hasta alcanzar el límite de la flexión sobre el hombro.

Habitualmente tal acontecimiento no llega hasta este punto, pero no es preciso que se exagere tanto para que el descendimiento sea difícil, basta que la paralización alcance un cierto grado para que la flexión de la cabeza no pueda verificarse de una manera completa, y en estas circunstancias, el diámetro que se presenta es todavía muy grande con relación al diámetro oblicuo de la pelvis. Si el obstáculo no fuese muy considerable, ó si la anteversión no fuere muy exagerada, á la vez que la parte que se presenta se inclina, el parietal posterior descende un poco, y después de muchas contracciones, logra salvar el promontorio y entrar de lleno en la curva sacro-perineal.

Allí las condiciones varían; el parietal tiene mucho espacio, cesa bruscamente toda resistencia, y la posición de la cabeza se regulariza; el parietal posterior alcanza al anterior y muchas veces lo pasa. La falta de resistencia que encuentra el parietal posterior en la curva sacra, la facilidad con que recorre esta curva en comparación con la dificultad con que tropieza el parietal anterior en la sínfisis pubiana, hace que en la excavación el primero se encuentre habitualmente más bajo que el segundo, como lo aseguraba Smellie.

En la pelvis mexicana, en la que la sínfisis mide á veces hasta cinco centímetros y medio de altura, el descendimiento del parietal anterior es menos rápido que el del posterior; de suerte que no es raro observar un asinclitismo muy marcado del parietal posterior y encontrar la sutura sagital más cerca de la sínfisis pubiana que del promontorio; pero para esto se necesita que, el pubis tenga una altura considerable, una superficie casi plana de la pared anterior de la excavación y una curva sacra bastante grande.

En los casos de lateralización de la cabeza, en un sentido ó en otro, y cuando las contracciones son enérgicas, el extremo cefálico sufre una compresión considerable que hace cabalgar enormemente los huesos, disminuyendo así la longitud del diámetro transversal; pero esta disminución se verifica á expensas del diámetro antero-posterior, de suerte que mientras más disminuye uno, más crece el otro. Esta deformación plástica tiene una influencia considerable sobre la marcha del trabajo, porque el movimiento de rotación será tanto más difícil cuanto más largo sea el diámetro antero-posterior.

El movimiento de rotación será también impedido ó dificultado por la enorme giba sero-sanguínea, que se forma en estos casos, que colocada en uno de los lados de la cabeza y no en su parte media, desciende verdaderamente hasta la vulva, cuando apenas la cabeza está salvando el estrecho superior; y como los fenómenos mecánicos del parto son únicamente debidos á la dirección de la fuerza, á la forma del canal y á la *forma del móvil*, la deformación considerable de éste, imposibilita ó por lo menos dificulta la verificación natural y espontánea de esos fenómenos.

\*  
\* \*

El diagnóstico de la inclinación de la cabeza durante el embarazo, es sumamente difícil, por más que haya quien asegure haber podido sentir la sutura sagital á través del segmento inferior. Fuera de que habitualmente la cabeza en estas circunstancias está muy alta y ape-

nas puede percibirse por el tacto, jamás he podido sentir la sutura y mucho menos saber si está más cerca del promontorio que al estado normal.

Durante el parto, cuando la dilatación es ya suficiente para introducir el índice dentro de la cavidad uterina, es fácil darse cuenta á través de las membranas de la situación de la sutura; pero para proceder á este examen es preciso obrar con suma prudencia, por temor de romper la bolsa de las aguas. Dilatado el orificio y rotas las membranas, se encontrará la sutura en una dirección oblicua, como en las presentaciones fisiológicas; pero en el caso de lateralización de la cabeza, existirán dos signos de la mayor importancia para el diagnóstico: el primero es que la parte media de la sutura está más cerca del promontorio que del pubis ó viceversa, pero no en el centro de la pelvis; y el segundo es el cabalgamiento exagerado de los parietales y del occipital, lo que da á la cabeza una forma *apilonada*.

La lentitud de la dilatación, la forma irregular de la fuente, y sobre todo, la permanencia de la cabeza en un mismo lugar durante un tiempo muy largo, harán presumir su inclinación lateral.

Un fenómeno que acompaña casi siempre á la lateralización, es la falta de dilatación del labio posterior del cuello que se encuentra grueso y en forma de casquete.

\*  
\* \*

Grandes son los peligros que corre la vida del niño en ocasiones como esta, ya porque la prolongación del trabajo y las contracciones frecuentes y casi tetánicas de la matriz hagan inminente la asfixia intra-uterina, ya porque la compresión lateral de la cabeza produzca directamente la muerte por compresión del cerebro ó por hemorragia meníngea. La madre corre también los peligros consiguientes á la inercia uterina y está expuesta á accidentes puerperales por la compresión enérgica y largo tiempo prolongada de la sínfisis pubiana y del promontorio. Apenas es necesario hacer mención de que ambos sufrirán las contingencias no siempre inocentes de la manipulación operatoria y especialmente de una aplicación irregular del forceps.

\*  
\* \*

Pocos casos hay en obstetricia en que el partero deba desplegar mayor pericia y habilidad que en el caso que forma el asunto de este trabajo; las maniobras son difíciles, y sobre todo, de la oportunidad de

ellas depende el éxito de la operación y la salvación de la madre y el niño.

Si el cuello no está dilatado, la conducta que hay que observar, es la misma que en cualquiera otra circunstancia: esperar pacientemente la dilatación completa. Mas como la fuente es el factor más importante de esta dilatación, lo primero que hay que hacer es cuidar de que no se desgarré prematuramente la bolsa de las aguas. Para ello, lo mejor es poner á la mujer en decúbitus lateral, en el mayor reposo posible, con una almohada entre los muslos, recomendándole no pujar ni hacer esfuerzo alguno. Si la enferma estuviere muy inquieta, la administración de un poco de cloroformo ó lavativas de cloral y láudano serían muy convenientes. Tacto aséptico y no muy repetido. Desocupación del recto y la vejiga.

Dilatado el orificio del cuello y reconocida con certidumbre la posición de la cabeza, el partero investigará la causa de la inclinación; si ella dependiera de la anteversión uterina, se aplicará á corregir la posición por medio de un vendaje apropiado. A este respecto diré, que la cintura de Pinard no da buen resultado porque se sube con facilidad. En la Maternidad de México, usamos un vendaje imaginado por el Sr. Catedrático de Clínica de Obstetricia, D. José Ignacio Capetillo, que consiste en una banda ancha que se coloca debajo del vientre y cuyas dos extremidades se pasan encima de los hombros para fijarse en seguida en la parte inferior y posterior del dorso. Este vendaje honra á su autor por su sencillez y por los buenos resultados que produce. Si la inclinación dependiera de la plenitud de la vejiga, se vaciará ésta por el cateterismo.

Si corregido lo que haya que corregir, la cabeza continúa inclinada, hay que distinguir dos casos:

1º *Hay movilidad*: se introducirá la mano é insinuando los dedos detrás de la cabeza, se tratará de corregir la inclinación; si esto no se logra ó la cabeza vuelve á tomar su situación primera, se intentará una aplicación de forceps. Muchas veces la aplicación de la cuchara posterior basta para corregir la inclinación lateral; cuando no se consigue, se continúa la aplicación, procurando colocar las ramas lo más cerca posible del diámetro transversal. La aplicación del forceps á los lados de la pelvis, es fácil pero peligrosa é ineficaz.

Si por tracciones prudentes no se logra salvar el estrecho superior, vale más quitar el forceps y después de un nuevo lavado antiséptico intentar la versión podálica. Si hay movilidad es fácil repeler la cabeza y tomar los pies.

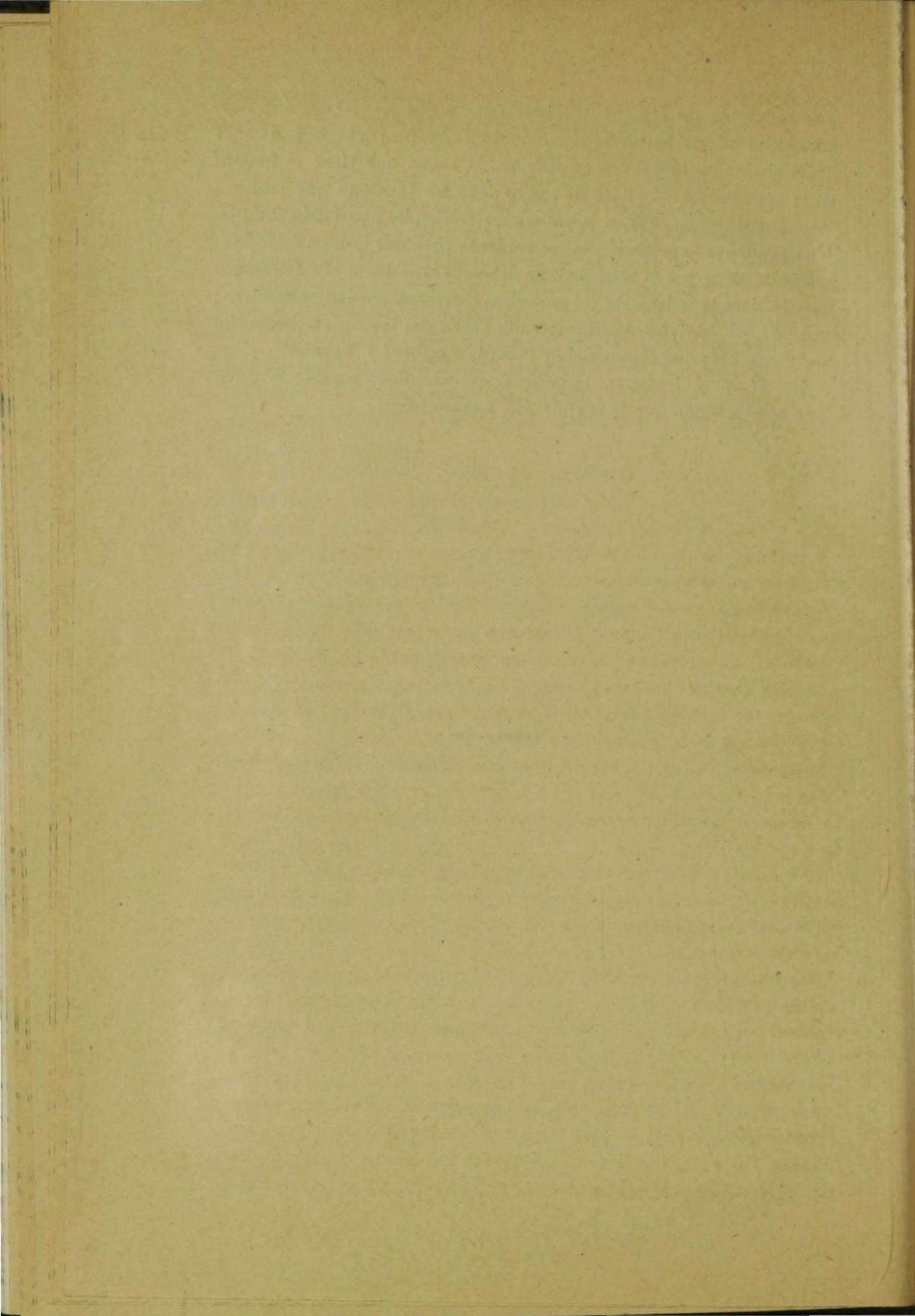
2º *No hay movilidad*: existe enclavamiento. Se intentará también

una aplicación de forceps de igual manera que en el caso anterior, tracciones intermitentes en el momento de las contracciones, siempre hacia abajo, nunca del mango sino con la mano que tiene el forceps en la articulación; el punto de apoyo debe ser la mano que sostiene los mangos. Si no cede, si la cabeza no desciende, no se debe insistir. Una prudente expectación es conveniente para dar tiempo á la naturaleza de obrar por sí sola, pero no debemos abandonar el estetoscopio que nos dará la indicación de proceder. Dos casos pueden presentarse:

I. *El feto está vivo:* la sinfisiotomía hecha con las reglas, precauciones y cuidados que recomiendan Pinard, Farabeuf y Varnier.

II. *El feto está muerto:* la perforación del cráneo seguida ó no de basiotripsia según que la perforación sola no baste.





---

### OBSERVACION I.

---

Juana García, de 31 años, de oficio recamarera, natural de Tlalnepantla, secundípara (parto anterior normal y de tiempo), entró á la Maternidad el día 16 de Febrero de 1895. Desde ese mismo día había comenzado á sentir dolores de parto que se acentuaron y se hicieron regulares y frecuentes al día siguiente como á las seis de la tarde.

Al siguiente día 18 se le reconoció en la tarde y se encontró la dilatación casi completa y el feto en presentación de vértice, dorso posterior hacia el lado izquierdo. Se rompió luego la fuente y la cabeza descendió, mas sin girar el occipital hacia adelante, estando además la cabeza inclinada sobre el parietal derecho, pues la sutura sagital se tocaba muy á la derecha de la mujer. El útero estaba muy inclinado hacia la derecha.

A las seis de la tarde de ese día, estando la dilatación ya completa, se procedió á extraer el feto por una aplicación de forceps, con la mira de hacer girar primero el occipital hacia adelante y desprenderlo en dorso anterior.

Cloroformada la paciente y dispuesto todo lo necesario en estos casos, procedió á aplicar el forceps el Sr. Capetillo, intentando el procedimiento de Loviot y el de Scanzoni; pero después de la primera aplicación se comprendió que no estaba aplicado en un diámetro favorable, pues en primer lugar la sutura sagital se tocaba conjugándose con el diámetro oblicuo derecho, la separación de los mangos del forceps era considerable y la inclinación del instrumento no correspondía á la inclinación de la cabeza. Intentó descenderla y hacerla girar sin lograrlo. Hizo entonces otra nueva aplicación con objeto de hacer

la extracción directa; mas la separación de los mangos acusaba el mismo defecto que anteriormente, la cabeza tomada por las cucharas en la posición inclinada sobre el parietal que hemos indicado antes, se resistía á descender y á girar hacia atrás también. Después de varias tracciones hechas por el Sr. Capetillo y después por el Dr. Barreiro, sin llegar á hacer descender la cabeza, el Sr. Capetillo resolvió extraer el feto por la versión podálica y después de algunas dificultades logró ejecutarla, extrayendo un niño en estado de asfixia que murió una hora después á consecuencia de una hemorragia meníngea comprobada en la autopsia.

La mujer salió sana después de un puerperio fisiológico.

LIMÓN.

## OBSERVACION II.

Eulalia Rivera, de 29 años, de constitución regular, múltipara, entró á la Maternidad el día 18 de Febrero de 1895, como á las dos de la tarde. Se le reconoció un embarazo de término, la fuente rota y el cuello casi del todo dilatado y con el producto muerto. En la calle se le había ya introducido la mano al útero (la que se decía partera que la atendía) y le había dado zoapatle en gran cantidad; y como ya tenía algun tiempo de estar en trabajo y se le habían intentado maniobras dentro del útero, llegó esta mujer en un estado de agotamiento pronunciado, con un pulso miserable y el vientre meteorizado y doloroso. Poco después comenzó á tener vómitos, se pronunció el estado de postración en que venía y hacia á las 6½ horas p. m., sucumbió.

Al día siguiente se hizo la autopsia y se practicó la sinfisiotomía por vía de ejercicio, se obtuvo una separación de los pubis de 6½ centímetros, se aplicó el forceps y se vió entonces que estaba en 3ª posición de vértice y se comprobó la inclinación de la cabeza sobre el parietal anterior. Aun así, fué difícil hacer girar la cabeza y extraerla. Concluida la autopsia, se vió que estaba roto el útero hacia la parte anterior en su inserción con la vagina, en una extensión de 12 centímetros, un derrame abundante de sangre en el abdomen y síntomas de peritonitis en su principio. Como se notó una estrechez del diámetro antero-posterior de la pelvis, se le descarnó y se vió que el diámetro conjugado tenía 76 milímetros de longitud, y los demás de los estrechos y de la excavación, aunque algo menos extensos que los normales, no tenían una diferencia tan pronunciada.

La curva sacra casi plana y poco extensa.

El feto presentaba un desarrollo normal y los huesos del cráneo cabalgaban enormemente.

LIMON.

\*  
\* \*  
\*

Estas observaciones muestran:

I. La realidad de las causas que apunté al principio de este trabajo.

II. Que cuando hay movilidad, es posible hacer la versión podálica aun después de una aplicación infructuosa del forceps.

III. Que aun en pelvis estrechada hasta 76 milímetros, es posible extraer por la sinfisiotomía, una cabeza normal y á término que no hubiera podido pasar ni por la base ni por el vértice.



