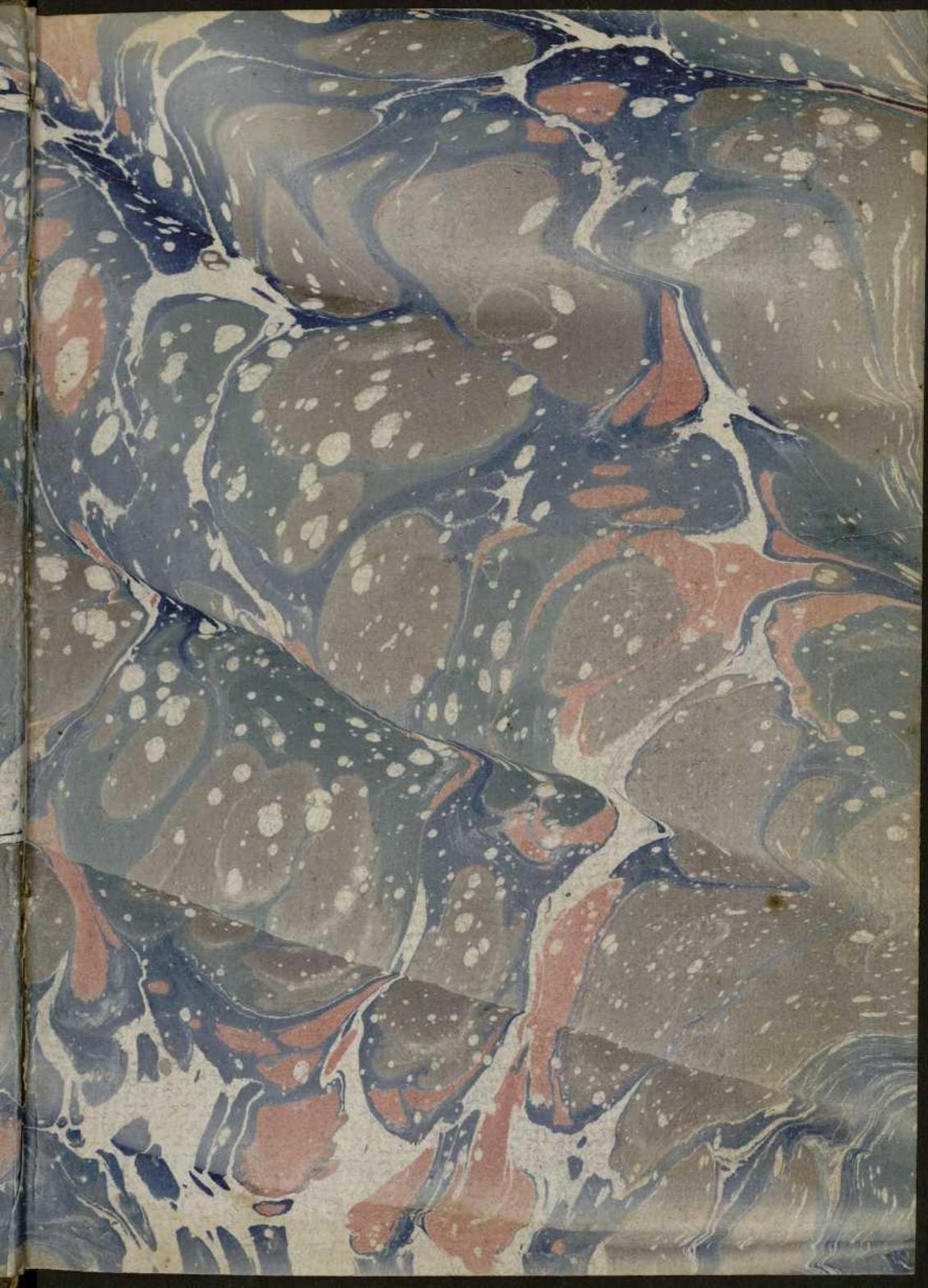


84

17584
~~11060~~





25
64

CURSO COMPLETO

DE PARTOS

Y DE

ENFERMEDADES DE MUJERES Y DE NIÑOS,

CURSO COMPLETO

DE PARTOS

Y DE

ENFERMEDADES DE MUJERES

Y DE NIÑOS.

POR DON JUAN VILLARINO,

MADRID: 1840.

GRAN COPIADO

DE PARTOS

T. II

EXTRIMOS DE NICHES

Y DE NICHOS

de
CURSO COMPLETO

DE PARTOS

Y DE

ENFERMEDADES DE MUGERES Y DE NIÑOS,

ACOMPAÑADO DE OCHO TABLAS SINÓPTICAS, Y VEINTE Y CUATRO
LÁMINAS LITOGRAFIADAS.

POR JULIO HATIN,

Doctor en Medicina de la facultad de París, Profesor agregado á la misma facultad (*seccion de partos*), Profesor particular de partos, y de enfermedades de mugeres y de niños, y de medicina legal; miembro de la Sociedad anatómica y del Círculo médico de París; corresponsal de la Sociedad de medicina práctica, y del Círculo quirúrgico de Montpellier; de las Sociedades de medicina de Ruan y de Tours; de la Academia Real de las ciencias, inscripciones y bellas letras de Tolosa; de la Sociedad Real de medicina, cirugía y farmacia de la misma ciudad; de la Sociedad médico-quirúrgica de Bolonia; de las Academias de Pisa y Forlí; de la Sociedad físico-médica de Moscow, &c. &c.

Traducido del francés al castellano

POR EL DOCTOR

DON JOSÉ LOPEZ VILLARINO,

Médico-cirujano de ejército, y Sócio de número de varias Academias de medicina y cirugía.

SEGUNDA EDICIÓN.

REVISADA, CORREGIDA Y AUMENTADA.

TOMO PRIMERO.

MADRID: 1840.

Imprenta de la Compañía General de Impresores y Libreros del Reino.

CURSO COMPLETO

DE PATOS

Y DE

ENFERMEDADES DE MUJERES Y DE NIÑOS

REGISTRADO DE OCHO TÍTULOS MÉDICOS, Y VEINTE Y CINCO
LIBROS LITOGRAFADOS

Siendo esta obra una propiedad de su editor, perseguirá con todo el rigor de las leyes á cualquiera que la reimprima sin su permiso; por lo que denunciara todo ejemplar que no lleve su rúbrica.

DON JOSÉ MARIÁ VILLARINO

Médico-cirujano de ejército, y socio de número de varias Academias de medicina y cirugía.

SEGUNDA EDICIÓN.

REVISTA, CORREGIDA Y AUMENTADA

TOMO PRIMERO.

MADRID: 1840.

Imprenta de la Compañía General de Impresores y Libreros del Reino.

PRÓLOGO.

ESTA segunda edicion de mi *Curso completo de partos y de enfermedades de mugeres y de niños* se diferencia esencialmente de la primera por las variaciones importantes que he hecho en ella, y principalmente por las muchas adiciones que contiene.

Por otra parte he consultado todos los escritos publicados hasta el dia, con el fin de no omitir cosa alguna que pudiese ser útil á mis lectores, aprovechándome tambien de todos los hechos que me ha sido posible reunir en mi práctica particular, y de todos los que han llegado á mi noticia; de manera que mi obra se puede considerar, por decirlo así, como el resúmen, como la expresion de todo lo mas positivo que actualmente se sabe en la ciencia de los partos.

Como no es de mi gusto el neologismo, he preferido siempre en el modo de explicarme las expresiones que con mas claridad expresan mis pensamientos, excluyendo siempre, sin em-

bargo, aquellas voces tan duras y tan mal sonantes, para cuya sola inteligencia se necesita bastante trabajo.

Del mismo modo, para no aumentar inútilmente la extensión de mi obra, no he querido multiplicar hasta lo infinito las notas y las citas; porque un trabajo de esta naturaleza es mas propio para fatigar el espíritu de los alumnos que para facilitarles el estudio de la ciencia.

El método que he adoptado en la exposicion de materias, en nada se diferencia del que he seguido constantemente de quince años á esta parte en mi enseñanza particular.

ESTA segunda edición de mi Curso completo de partes 7. de
 enformidades de mujeres y de niños en diferentes estados
 miento de la primera por las variaciones importantes que he he-
 cho en ella, y principalmente por las muchas adiciones que con-
 tiene.
 Por otra parte he consultado todas las escritas publicadas has-
 ta el día, con el fin de no omitir cosa alguna que pudiese ser
 útil á mis lectores, aprovechándome tambien de todos los he-
 chos que me ha sido posible reunir en mi práctica particular, y
 de todas las que han llegado á mi noticia; de manera que mi
 obra se puede considerar, por decirlo así, como el resumen
 como la expresión de todo lo mas positivo que actualmente se
 sabe en la ciencia de los partos.
 Como no es de mi gusto el neologismo, he preferido sien-
 pre en el modo de explicar las explicaciones que con una cla-
 ridad expresan mis pensamientos, evitando siempre sin em-

PLAN DE ESTA OBRA

Y SU DIVISION EN TRES PARTES.

LA primera abraza los partos propiamente dichos.

La segunda comprende las enfermedades de las mugeres durante la preñez, desde que sienten los dolores del parto, en el momento de éste, y mientras duran sus consecuencias.

La tercera trata de las enfermedades que pueden afectar á la criatura en el seno de su madre, en el momento de salir á luz, y algunos dias despues de su nacimiento.

PRIMERA PARTE.

PARTOS.

Como no se puede emprender el estudio de los partos sino despues de haber adquirido extensos conocimientos en anatomía y fisiología, me ha parecido conveniente subdividir la primera parte en tres secciones, á saber: *anatomía*, *fisiología*, y *práctica* propiamente dicha.

PRIMERA SECCION.

ANATOMÍA.

I. En esta primera seccion trato por menor de todos los órganos que sirven á la generacion, á la preñez y al parto.

Así describo minuciosamente todos los huesos que entran en la composicion de la pelvis, todas las articulaciones que unen á estos huesos unos con otros para formar de este modo una especie de canal; y cuando llego á tratar de este último, hago los mayores esfuerzos para que pueda ser su estudio mas fácil y menos fastidioso.

Dejando aparte, de propósito, los pormenores puramente anatómicos, solo me detengo en los puntos que pueden ofrecer algún interés relativamente á los partos.

La superficie interna de la pelvis ha fijado principalmente mi atención; y por lo mismo he puesto el mayor cuidado en hacer conocer sus estrecheces y su excavación, sin omitir cosa alguna importante sobre sus diámetros y sus ejes.

II. Pasando en seguida al estudio de la pelvis viciada, expongo las especies de irregularidad que se encuentran en ella mas comunmente; é indico sus causas y mecanismo, y sus efectos en la terminación del parto.

En un artículo aparte trato de los medios con que se pueden llegar á conocer las dimensiones del conducto huesoso, cualesquiera que sean la especie y el grado de sus vicios de conformación.

Examinando despues la pelvis en el estado fresco, manifiesto los vicios de sus diámetros, cuya extensión se encuentra disminuída por la presencia de los órganos que visten su interior.

III. Despues de haber concluido la historia de las partes duras, trato de las partes blandas; y describo con toda la precisión posible los órganos genitales externos é internos, considerados en su buena y en su mala conformación.

El hermafroditismo es objeto de un artículo aparte.

SECCION SEGUNDA.

FISIOLOGIA.

El estudio fisiológico de los órganos de la generación merece toda la atención de los que estudian la ciencia de los partos; por esta razón me ha parecido que no debo omitir nada para dar claridad á los puntos mas oscuros.

Hablo sucesivamente:

- 1.º De la *menstruación*; esta función importante que precede á todas las demas, y parece ser la *sine qua non* de la generación.
- 2.º De la *fecundidad*.
- 3.º De la *esterilidad*.
- 4.º De la *generación*, esta gran función que tiene por objeto la reproducción de la especie. Aquí paso revista á los principales sistemas que hay para explicar su mecanismo.

5.º De la *concepcion* y de las señales que se han considerado suficientes para conocerla.

6.º De la *preñez*, que divido en *verdadera* y en *falsa*, en *uterina*, *extrauterina* é *intersticial*.

Hablando de la *preñez uterina* he tenido cuidado de llamar toda la atención de los alumnos sobre las grandes mutaciones que experimenta la matriz en su volúmen, en su forma, en su situación, dirección, organización y propiedades, y sobre los fenómenos simpáticos que de esto resultan.

Pasando al estudio de las *preñeces extrauterinas*, las divido en *preñeces de las trompas*, en *preñeces de los ovarios*, y en *preñeces del abdómen*. Trato separadamente de las primeras, que tienen su asiento en el espesor mismo de las paredes de la matriz; indicando sucesivamente sus causas, sus signos, su marcha, sus terminaciones, y las indicaciones particulares que presentan.

A. En esta época de mi Curso he creído que debo hablar de los *cuidados higiénicos* que reclaman las mugeres que estan en cinta, con relación á las facultades intelectuales, á la habitación, ejercicio, reposo, alimentos, bebidas, vestidos, baños, evacuantes y sangría.

B. Tambien he creído que para completar la historia de la *preñez*, relativamente á la madre, debía hablar del *tacto*; esta operación tan útil, y que se considera con razon como la brújula del comadron. Desde luego se deja conocer que tratando de un punto tan importante, no he omitido ninguno de los pormenores que pueden poner á los alumnos en disposición de practicar la operación con el mejor éxito posible.

C. Llegando despues al estudio del producto de la *concepcion*, de intento dejo de entrar en pormenores demasiado minuciosos; para que no pierda de vista el fin que se propone el que se dedica al estudio de los partos. Es bueno sin duda ser profundo en todos los conocimientos; pero el que solo desea saber partear bien, no necesita detenerse en la *embriología*.

Sobre todo me ha parecido que debía insistir en aquellos puntos, que refiriéndose directamente al mecanismo del parto natural, pueden ser de mucha utilidad en la terminacion de los partos preternaturales. Así, me detengo principalmente cuando trato del feto de todo tiempo; indicando con precision su peso, volúmen, dimensiones, los movimientos que puede ejecutar en sus diferentes partes, y los caracteres que distinguen á cada una de sus regiones.

Despues, para no omitir cosa alguna de importancia, hago un

estudio particular de sus partes principales que tienen relacion con el parto, como la cabeza, las espaldas, y las nalgas.

D. Las dependencias del feto solo me han ocupado de una manera muy secundaria; sin embargo, me he esforzado por demostrar todo lo que presentan de mas notable la placenta, las membranas, el cordon umbilical y las aguas del amnios.

E. Las funciones principales del feto, tales como la nutricion, circulacion y locomocion son objeto de un capítulo aparte.

7.º Del parto. Este punto, que es el mas importante de todos, debia fijar principalmente mi atencion.

Sin detenerme en lo que dicen los que sacrifican todas las mejoras posibles á la costumbre de enseñar de este ó del otro modo, solo admito dos clases principales de partos, á saber: los que se verifican solo por las fuerzas de la muger, y los que reclaman imperiosamente el auxilio del arte; los primeros se llaman *naturales*, y los segundos *preternaturales*.

Pero estos últimos no pueden terminarse siempre de la misma manera; por lo cual los divido, 1.º en los que llegan á su término con el auxilio de la mano sola; 2.º en los que reclaman el uso de los instrumentos romos; 3.º en los que solo pueden verificarse con el auxilio de instrumentos cortantes.

Trato desde luego del parto natural; é indico sus *causas, señales y fenómenos*, que reduzco á cuatro principales, á saber: 1.º *los dolores*; 2.º *la dilatacion del cuello de la matriz, la formacion y la rotura de la bolsa de las aguas*; 3.º *la expulsion del feto*; y 4.º *la de la placenta*.

1.º Se sabe que los dolores pueden tener dos caracteres principales; por cuya razon hago cuanto puedo para manifestar con toda claridad los signos por medio de los cuales se llegan á distinguir estas dos especies de dolores, los que se llaman *falsos*, y los que se conocen con el nombre de *verdaderos*.

2.º Tambien me ha parecido que debia comprender en el segundo fenómeno la *dilatacion del cuello*, la *formacion* y la *rotura de la bolsa de las aguas*, porque todo esto sucede á un mismo tiempo, y son cosas inseparables; pues cuando se dilata el cuello, se forma la bolsa de las aguas, se desgarran las membranas, y empiezan á correr las aguas del amnios.

Sin duda me hubiera sido muy fácil multiplicar hasta lo infinito, como hacen otros muchos, las épocas del parto; pero esto seria crear dificultades sin la menor utilidad.

3.º Me ocupo muy particularmente en tratar sobre la *expulsion del feto*, porque en el mecanismo del parto natural es don-

de se encuentra todo el secreto de las maniobras que se practican en los partos preternaturales; y efectivamente, sin un conocimiento perfecto de todo lo que sucede en el parto natural, seria imposible emprender nada con seguridad.

Describo con un cuidado minucioso el mecanismo del parto natural en las cuatro posiciones diagonales del vértice de la cabeza, de los pies, de las rodillas y de las nalgas; y nada he omitido de lo que puede conducir á reconocer estas diferentes presentaciones, si bien me abstengo cuidadosamente de detenerme en pormenores superfluos.

F. Tratando del cuidado que debe tener el comadron con la muger durante su trabajo, hablo sucesivamente del régimen, de la posicion que debe darla en el momento del parto, de la época en que la muger debe colocarse en la cama, y de los medios propios á favorecer la terminacion del parto, como la sangría, las fumigaciones, baños, semibaños, inyecciones, la pomada de belladonna, el centeno con cornezuelo, las lavativas, el cateterismo, la rotura de las membranas, &c.

4.º La salida natural de las secundinas merece tambien todos mis cuidados, y así nada he omitido de cuanto puede ilustrar al lector sobre esta última época del trabajo del parto; porque da ocasion con frecuencia á graves accidentes, y para evitarlos con seguridad digo lo que es necesario hacer.

Tambien indicó circunstanciadamente los cuidados que reclama del comadron la muger despues de la salida de las secundinas.

Finalmente, en un capítulo aparte trato de todo lo que tiene relacion con las consecuencias del parto, y en particular de los loquios, de los cólicos, de la calentura de la leche, y de la higiene de las mugeres paridas.

G. Trato con toda la atencion que merece el asunto, del cuidado que se debe tener con la criatura desde su nacimiento hasta su destete; así, hablo sucesivamente; 1.º de la posicion que conviene darle luego que sale del seno de su madre; 2.º de la seccion del cordon umbilical; 3.º de su digadura; 4.º del modo de limpiar á la criatura; 5.º del pequeño aparato que conviene colocar alrededor del cordon umbilical; 6.º de la emboltura; 7.º del aire que la criatura debe respirar; 8.º de la luz que debe recibir; 9.º de la habitacion en que debe estar; 10 de la ropa con que conviene cubrirla; 11 de la lactancia por la madre; 12 de la lactancia por una nodriza; 13 de la eleccion de esta última; 14 de la lactancia por medio de un biberon; 15 del destete; 16 de la educacion moral.

SECCION TERCERA.

PRÁCTICA PROPIAMENTE DICHA.

Comprendo en esta tercera seccion todo lo relativo á los partos preternaturales, en los cuales no puede dejarse á las mugeres abandonadas á sí mismas, porque su situacion exige, mas ó menos imperiosamente, el socorro del arte. Pero como las causas que obligan á obrar en estos casos no son siempre de la misma naturaleza, las divido en tres clases.

En la 1.^a hablo de todos los accidentes que pueden sobrevenir tanto á la madre como á la criatura, y comprometer su existencia si falta el auxilio del arte.

En la 2.^a trato de todas las posiciones viciosas de la criatura en el interior de la matriz.

En la 3.^a hablo de los vicios de conformacion, y de las enfermedades que pueden afectar á la madre y á la criatura; pero solamente de aquellos que aumentando el volúmen del feto, ó disminuyendo la capacidad de la pelvis de la madre, se oponen á la terminacion natural del parto.

En cuanto á la madre hablo de los vicios de conformacion por estrechez de la pelvis, y de todos los tumores que desenvolviéndose en su cavidad, disminuyen mas ó menos la capacidad.

En otro artículo trato de las monstruosidades que puede presentar la criatura; del hidrocéfalo, hidrothorax, hidropesía del empeine, y de los diversos tumores, que naciendo de la superficie de su cuerpo, aumentan su volúmen hasta el extremo de impedir el parto.

H. Despues de indicar las diferentes causas que pueden hacer preternatural el parto, paso á enseñar las maniobras con las cuales se consigue siempre que las mugeres arrojen con felicidad las secundinas; pero antes de todo me ha parecido indispensable exponer las señales para conocer si la criatura encerrada en la matriz está muerta ó viva; porque la eleccion del partido que se debe tomar cuando se trata de terminar el parto, depende casi siempre del estado en que se halle la criatura.

K. Pasando despues á las maniobras propriamente dichas, manifiesto desde luego; 1.^o el tiempo en que conviene obrar; 2.^o las precauciones que se deben tomar; 3.^o la posicion que se debe dar á la muger en el momento de la operacion; 4.^o los cuidados que particularmente corresponden al comadron; 5.^o el modo de admi-

nistrar á la criatura el agua de socorro; 6.º la eleccion que es necesario hacer de la una ó de la otra mano; 7.º el instante en que mas conviene penetrar en las partes; 8.º en fin, las reglas que se deben observar para maniobrar con buen éxito.

Aquí viene bien el decir cuánto yo me he esforzado para hacer el estudio de los partos preternaturales menos árido, menos fastidioso, y por lo mismo mas útil á los discípulos.

Se conocia hace mucho tiempo la necesidad de reformas importantes, y los comadrones mas célebres decian en alta voz, que el Manual de los partos preternaturales podia recibir considerables modificaciones que contribuyesen á su mayor perfeccion. Por esto me ha parecido que debia esforzarme en simplificar cuanto fuese posible esta parte tan recomendada de la ciencia. Para ello solo he tenido necesidad de estudiar con esmero todas las maniobras, enlazarlas unas con otras, compararlas entre sí, y colocar en una misma categoría todas las que tenian alguna mútua semejanza; de este modo he obtenido los resultados mas satisfactorios, pues he podido dividir la pelvis en dos mitades laterales, y reducir todas las posiciones del feto á dos principales; una respecto á la mitad lateral izquierda, y otra respecto á la mitad lateral derecha.

Pero esto no era todavía suficiente: era necesario para simplificar mas la materia, demostrar que estas dos posiciones principales podian reducirse á una sola en cuanto á la maniobra; porque efectivamente no hay diferencia ninguna entre la maniobra del lado derecho y la del lado izquierdo sino en la eleccion de la mano que se introduce en las partes; excepto esto se hace exactamente con la mano izquierda lo que se hace con la derecha: citemos por ejemplo las posiciones del vértice de la cabeza en el estrecho superior de la pelvis:

Primera posicion del vértice de la cabeza en el estrecho superior. Yo comprendo bajo este nombre todas las posiciones en que el occipucio corresponde á un punto cualquiera de la mitad lateral izquierda de la pelvis.

Relaciones generales. El occipucio mira siempre á la izquierda de la pelvis, y la cara siempre á la derecha: la region lateral izquierda del tronco está siempre con direccion hácia atrás, y los pies siempre en el fondo de la matriz.

Indicaciones generales. Cuando el parto debe verificarse con el auxilio solo de la mano, siempre es necesario comprimir la cabeza, é ir á buscar la extremidad abdominal para terminar por los pies.

Maniobra general. Como en todos los casos se dirige hácia

atrás el lado izquierdo del tronco, *se sirve siempre de la mano izquierda* para maniobrar; *se comprime siempre la cabeza á la izquierda* de la madre, al mismo tiempo *que se inclina el cuerpo del útero por el lado opuesto*. Despues de haber comprimido la cabeza á la izquierda, é inclinado el cuerpo del útero á la derecha, *se recorre siempre la region lateral izquierda del tronco* hasta las membranas abdominales, disponiéndolas de modo que se termine *siempre en una segunda posicion de los pies*. Se ve, pues, que con respecto á la maniobra he tenido razon en no admitir mas que una sola posicion relativa á todo el lado izquierdo de la pelvis de la madre, porque en todo caso las relaciones generales del feto, las indicaciones á que haya que atender y las maniobras son absolutamente las mismas.

— Segunda posicion *del vértice de la cabeza en el estrecho superior*. Si he llegado á demostrar que conviene no admitir *en cuanto á la maniobra* sino una sola posicion del feto con respecto á todo el lado izquierdo de la pelvis, me será muy fácil probar que lo mismo debe suceder con respecto al lado derecho. Comprendo, pues, bajo el nombre de segunda posicion todas las de la cabeza en que el occipucio corresponde á uno de los puntos del lado derecho de la pelvis. En estos casos, como la region lateral derecha del feto se dirige constantemente hácia atrás, *se deberá en cada uno de los casos servirse de la mano derecha* para maniobrar: *se comprimirá siempre la cabeza á la derecha de la madre, al mismo tiempo que con la mano izquierda se inclinará siempre el útero por el lado opuesto*; se recorrerá en seguida toda la *region lateral derecha* del feto hasta las membranas abdominales, que se dispondrán de modo *que se termine siempre en la primera posicion de los pies*. Pues bien, si demuestro que se debe hacer con la mano derecha exactamente lo mismo que con la izquierda, ¿por qué no se ha de admitir que no hay verdaderamente para todas las posiciones de la cabeza, cuando está en el estrecho superior de la pelvis, mas que una sola y única maniobra, con la diferencia de ser necesario obrar con la mano izquierda cuando el lado izquierdo del feto está hácia atrás, y con la mano derecha cuando está el lado derecho? Lo que acabo de decir con respecto á las posiciones del vértice de la cabeza en el estrecho superior de la pelvis, se aplica á las de los pies, de las rodillas, de las nalgas y del tronco, ya salgan ó no salgan los brazos.

Así, pues, los discípulos solo tendrán que estudiar una sola maniobra para cada una de las partes que la criatura puede presentar alternativamente, y de este modo podrán conocer á fondo en

cuatro ó cinco lecciones todo el Manual de los partos preternaturales; ni el estudio de la maniobra será ya para ellos un motivo de disgusto y de inquietud, y me atrevo á decir que la humanidad ganará mucho en ello.

N. En cuanto al forceps (1) me he esforzado por introducir en su aplicacion las mismas modificaciones que en las maniobras de la mano sola, y creo firmemente que el estudio de esta parte del Manual parecerá tan sencillo como posible; pues nada he omitido en la exposicion de las reglas que es indispensable seguir para proceder con método. Así, despues de haber hecho una sucinta descripcion del forceps, digo: 1.º de qué modo deben introducirse las ramas en las posiciones directas y diagonales: 2.º qué direccion debe darse á las corvaduras de las cucharas; 3.º cómo debe colocarse la mano que sirve de guia á las ramas, ya sea que la cabeza se halle todavia en la matriz, ya sea que haya franqueado el estrecho superior de la pelvis; 4.º de qué modo debe tenerse asido el instrumento: 5.º las precauciones que se deben tomar para que su introduccion sea mas fácil y menos dolorosa: 6.º la posicion que conviene dar á la muger: 7.º la que debe tener el mismo comadron; 8.º en fin, de qué modo deben estar puestas las manos en el estrecho superior y en el estrecho inferior de la pelvis.

O. La enclavadura de la cabeza segun su espesor ha llamado tambien mi atencion. Desde muy antiguo se ha dicho que aplicadas las ramas del forceps una á la cara y otra al occipucio, era absolutamente necesario, despues de haber superado el obstáculo, mudar la disposicion del instrumento retirándole de la pelvis para volver á aplicarle en seguida á las regiones temporales de la cabeza, dándole la direccion del diámetro occipito-mental; pero esta maniobra segunda seria siempre larga, difícil y dolorosa, al mismo tiempo que de ningun provecho.

Me ha parecido, pues, mas conveniente extraer la criatura sin que el forceps varíe de posicion. El movimiento de rotacion es tanto mas fácil de ejecutar, cuanto que colocando el occipucio bajo del pubis, se hace pasar la cabeza de un diámetro mas reducido á otro mas extenso; y una vez hecho el movimiento de rotacion, se puede muy bien, mediante algunas precauciones, extraer la cabeza sin el menor inconveniente para la madre ni para la criatura.

(1) En el artículo *forceps* se verán las modificaciones importantes que he hecho en este instrumento, las cuales harán en adelante que se emplee con mas facilidad y seguridad (Véase la página 199).

XVI

P. Las posiciones de la cara, cuando se quiere enderezar la cabeza, presentan comunmente dificultades muy serias; por esta razon me he detenido en simplificar, cuanto me ha sido posible, las maniobras en esta parte.

Despues de haber hablado de todas las posiciones de la cabeza en que debe aplicarse el forceps, presento un resumen que podrá servir de mucho á los alumnos.

Q. La palanca es un instrumento que se emplea con dificultad, poco seguro y comunmente peligroso; por lo cual solo hablo de ella para tener ocasion de decir lo que pienso acerca de su uso.

R. Los ganchos romos y el lazo son objeto de artículos separados.

S. Despues de haber manifestado todo lo que tiene relacion con los partos preternaturales de las dos primeras clases, es decir, de los que pueden terminarse con el auxilio de la mano sola, ó de los instrumentos romos, me ha parecido que debia pasar á considerar los partos preternaturales, de la tercera clase, que reclaman imperiosamente el auxilio de instrumentos cortantes.

Aqui es donde principalmente he tenido necesidad de explicarme con claridad y precision, porque semejantes casos son muy graves, y el partido que se debe tomar depende siempre del conocimiento que creamos tener del estado de las partes.

Era necesario, antes de todo, exponer con método las diferentes causas que pueden poner al comadron en la necesidad de obrar, y sobre todo indicar con precision la especie de operacion aplicable á cada caso en particular.

Hablo sucesivamente: 1.^o de la *embriotomia*: operacion que consiste en mutilar el feto para disminuir su volúmen. En esta operacion he tenido que indicar con pormenores los casos en que conviene practicarla, y los casos en que conviene abstenerse de ella.

2.^o De la *sinfisiotomia*: operacion que consiste en dividir la sinfisis de los pubis para agrandar los diámetros de la pelvis de la madre. Aqui, lo mismo que respecto de la embriotomia, he debido manifestar los casos en que conviene practicar la operacion, y los casos en que se halla contraindicada.

Tambien he debido indicar el grado de separacion posible sin lesion de las sinfisis sacro-iliacas; los beneficios que se pueden esperar de la operacion relativamente al parto; el tiempo en que conviene obrar; las reglas que se deben observar al practicar la operacion; los cuidados consiguientes que deben emplearse con la madre; y en fin, los resultados que se deben esperar, tanto respecto de la madre, como respecto de la criatura.

3.º De la *operacion cesárea*. En este punto, despues de una corta relacion histórica, señalo los casos en que es practicable la operacion; aquellos en que está contraindicada; el tiempo en que conviene obrar; los instrumentos y piezas necesarias del aparato; el lugar en que debe practicarse con preferencia la operacion; los inconvenientes de los métodos laterales, y de los modos diversos propuestos por MM. Ritgen, Physick, y Baudelocque, sobrino; las ventajas del método que consiste en dividir las paredes del vientre y de la matriz, siguiendo la direccion de la línea blanca; el cuidado que se debe tener antes de obrar; la posicion que se ha de dar á la muger y á los ayudantes; las reglas que se deben observar; el tratamiento subsiguiente; y en fin, los resultados que se pueden esperar de la operacion.

4.º De la operacion *cesárea vaginal*: operacion que consiste en hacer una incision en la matriz al traves de la vagina, cuando falta el orificio del cuello, ó este no es dilatado, ó bien cuando es muy elevado, y no se le puede traer al centro de la pelvis.

5.º En fin, de la *gastrotomia*: esta operacion, en la cual se dividen las partes del abdómen en un punto cualquiera de su extension, cuando la criatura se halla desarrollada en otra parte que en la matriz, ó cuando despues de haberse desarrollado ha pasado al vientre, al través de una rotura sobrevvenida durante los dolores del parto.

Indico con esmero todo lo que importa saber para practicar esta operacion con método.

IV. *La extraccion anormal de las secundinas* es, sin contradiccion, uno de los puntos mas dificiles en la práctica, y que exige mayores conocimientos, porque la menor falta puede tener los resultados mas funestos.

Antes de hablar de los procedimientos operatorios, he debido poner á la vista de los lectores las causas que puede haber para la expulsion anormal de las secundinas.

Pasando despues al procedimiento operatorio, explico el modo con que debe conducirse el comadron para extraer la placenta, bien esté ya desprendida de la matriz, ó bien hayan resistido sus adherencias á las contracciones del órgano.

V. He añadido 24 láminas al texto para faeilitar su inteligencia.

VI. Concluyo en fin mi primera parte con 8 tablas sinópticas, en que se presenta cuanto hay de mas importante en la ciencia, y me parece que serán muy útiles á los discípulos, pues que les bastará echar una ojeada por ellas, para recordar lo que hayan olvidado despues de haber leído toda la obra.

SEGUNDA PARTE.

ENFERMEDADES DE LAS MUGERES.

Mi objeto principal en esta segunda parte de mi obra, ha sido tratar de las enfermedades que aquejan mas ordinariamente á las mugeres durante la preñez, en el momento del parto, y de sus resultas.

En un artículo aparte manifiesto mi opinion sobre las modificaciones que ciertos autores han aconsejado en el tratamiento de las enfermedades en general durante la preñez, y en el de algunas en particular.

Como solo considero á la muger respectivamente á sus funciones genitales, me he limitado á hablar de las enfermedades que se refieren á ellas de un modo mas ó menos directo. Si tratase de las enfermedades que pueden manifestarse en todas las épocas de la vida, hubiera invadido el territorio de la medicina, ó de la cirujía propiamente dichas.

La PRIMERA SECCION trata de *las enfermedades que afectan mas ordinariamente á las mugeres durante la gestacion*; enfermedades que divido en varios capítulos.

El 1.º trata de las de los órganos de la digestion: como el ptialismo, la odontalgia, la gastralgia, la anorexia, las nauseas, los vómitos, los apetitos extragados, la constipacion, la diarrea, el tenismo, los cólicos, las hernias, la retencion, y la incontinencia de la orina.

El 2.º comprende todas las lesiones que obran sobre la circulacion; tales como la plétora sanguínea, la cefalalgia, la epistaxis, la hemorragia alveolar, las palpitaciones, la hemoptisis, la hematemesis, la hemorragia uterina, la hemorragia fetal, el síncope, las hemorroides, las varices, y el edema.

El 3.º trata de las enfermedades de la respiracion, como la tos, y la dispnea.

El 4.º de las lesiones de la locomocion.

El 5.º de las lesiones de los sentidos; como las neuroses de la vista, del oido, del olfato, &c.

El 6.º en fin trata de las enfermedades que tienen su asiento en los órganos de la generacion, ó en el producto mismo de la concepcion: como el prurito de las partes genitales, el prolapso de la matriz, el de la vagina, la anteversion, la retroversion, la ante-flexion, la retroflexion, las oblicuidades del útero, su hernia, el

aborto, las molás placentar, fibrinosa, ó vesicular, los polipos, la hidropesía de la matriz, la del amnios, el derrame de sangre en el útero, la timpanitis uterina, la hidropesía del ovario, y la preñez falsa.

Despues de esta seccion pongo dos artículos aparte; uno sobre la influencia que puede tener la preñez en las enfermedades, y otro sobre la influencia que pueden tener estas en la preñez.

La SEGUNDA SECCION comprende *todas las enfermedades que pueden ser ocasionadas por el parto*; como el enfisema, la rotura del esternon, la contusion de los órganos genitales, la rotura del perineo, la dislocacion de la matriz, la del recto, la hemorragia, el trumbo vulvar, la infiltracion de los órganos genitales externos, la inflamacion de la vagina, la de los grandes labios, las fistulas uretro, vesico, y recto-vaginales, los accidentes de los loquios, los cólicos uterinos, la metritis, la inflamacion de las partes anejas al útero, la peritonitis puerperal, la neuritis, las erupciones cutáneas, la hinchazon de los miembros abdominales, &c.

La TERCERA SECCION trata *de las enfermedades de la lactancia*: como el espasmo de los pechos, las lesiones del pezon, la hinchazon inflamatoria, conocida con el nombre de *pelo*, el derrame involuntario de la leche, su retencion, su secrecion excesiva, y su falta completa.

La CUARTA, en fin, trata la cuestion de si conviene ó no introducir modificaciones en el tratamiento de las enfermedades en general durante la preñez, y en el de la sífilis en particular.

TERCERA PARTE.

ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS.

En esta tercera y última parte me propongo examinar los vicios de conformacion, y las principales enfermedades que puede experimentar un niño al salir á luz, ó poco despues de haber nacido.

En la PRIMERA SECCION trato de todos los vicios de conformacion con que puede nacer un niño; como las contracciones, oclusiones, imperforaciones, adherencias, y divisiones preternaturales, prolongacion, exceso, defecto, y deviacion de partes.

En la SEGUNDA SECCION trato de las enfermedades con que puede nacer un niño: como la sífilis, la cianosis, el hidrocéfalo, hidroraquis, hidrotorax, ascitis, hidrocele, las hernias del ombligo, de la ingle, y del cerebro, &c.

La TERCERA SECCION trata de las enfermedades que pueden ser

el resultado del parto: como la prolongacion de la cabeza del feto, la apoplejia, el síncope, las contusiones, las llagas, las luxaciones, y las fracturas.

En fin, en la CUARTA Y ÚLTIMA SECCION expongo las principales enfermedades que pueden manifestarse inmediatamente, ó poco despues del nacimiento: como la retencion del meconio, la diarrea, la caida del recto, los cólicos, el vómito, la ictericia, las pústulas, la oftalmia, la retencion y la incontinencia de la orina, la estancia prolongada de los testículos en el pliegue de las ingles, la inflamacion, el fungus, las ulceraciones, y la hemorragia del ombligo, las eflorescencias cutáneas, el eritema, la supuracion de las orejas, las grietas, las convulsiones, en fin, el edema y las viruelas.

TERCERA PARTE

ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS.

En esta tercera y última parte me propongo examinar los vicios de conformacion, y las principales enfermedades que pueden aparecer en un niño al salir á luz, ó poco despues de haber nacido.

En la Primera seccion trata de todos los vicios de conformacion con que puede nacer un niño; como las condractomas, ortosias, imperforaciones, adherencias, y divisiones preauriculares, prolongacion, exceso, defecto, y diversion de partes.

En la Segunda seccion trata de las enfermedades con que puede nacer un niño: como la sífilis, la escarlatina, el hidrocéfalo, la erupcion hidropica, la erupcion tuberculosa, las hernias del ombligo, la luxacion, y del cuello, &c.

En la Tercera seccion trata de las enfermedades que pueden ser

CURSO COMPLETO
DE PARTOS

Y DE

ENFERMEDADES DE LAS MUGERES Y DE LOS NIÑOS.

PRIMERA PARTE.

PARTOS.

SECCION PRIMERA.

De la anatomía de las partes de la muger que sirven para la generación, la preñez y el parto.

CAPÍTULO PRIMERO.

DE LA PELVIS.

LA pelvis es aquella especie de canal huesoso que se halla situado en la parte inferior del tronco entre la columna vertebral y los fémures.

Está formada en la primera edad de catorce piezas huesosas, de las cuales cinco dicen relacion al sacro, tres al coxis, y tres á cada hueso de las caderas; pero á medida que se adelanta la osificacion, se unen entre sí estas diferentes piezas, y ya no forman mas que cuatro huesos; á saber, el sacro, el coxis y los dos huesos de las caderas.

Estos cuatro huesos no presentan, en la primera edad, intereses alguno relativo á los partos; por lo cual me contentaré con describirlos segun se hallan en las mugeres que pueden ser madres.

ARTÍCULO PRIMERO.

De los huesos que entran en la composicion de la pelvis.

§. I. Del sacro.

El sacro es un hueso impar, situado en la parte posterior

de la pelvis, entre los dos huesos de las caderas, debajo de la columna vertebral, y encima del coxis.

Su figura es la de un triángulo aplanado de delante á atrás, y encorvado en su cara anterior.

Se divide en dos caras, la una externa y la otra interna, en dos bordes laterales, en base y en vértice.

La cara externa es irregularmente convexa; y presenta en su medio una fila de eminencias que se llaman apofisis espinosas de las falsas vértebras del sacro: encima de la primera existe una abertura triangular que forma el principio del conducto sacro; debajo de la última hay un canal longitudinal que termina el mismo conducto; los bordes de este canal presentan dos tubérculos, que se llaman astas del sacro, y que se unen algunas veces á las astas del coxis; en cada lado de la fila de apofisis espinosas se advierte el canal sacro, que está perforado con cuatro agujeros sacros posteriores; y mas hácia afuera una superficie escabrosa, donde se fijan los ligamentos sacro iliacos posteriores, que unen el sacro al hueso de las caderas.

La cara interna es cóncava en su longitud, y presenta en su medio cuatro líneas transversales, que indican los puntos de reunion de las cinco piezas que forman el hueso sacro en la infancia. Entre estas líneas existen canales superficiales, que presentan tambien una direccion transversal; mas hácia afuera existen en cada lado los cuatro agujeros sacros anteriores, que tienen una direccion oblicua en el espesor del hueso, y forman otros tantos canales en que se alojan los nervios sacros, de modo que no pueden ser comprimidos por la cabeza del feto cuando llega á la excavacion de la pelvis. Muy cerca de los bordes del hueso se hallan unas rugosidades á que se adhieren los músculos piramidales.

Los bordes laterales presentan, en su mitad superior, una carita articular que se une al hueso de las caderas. En el resto de su extension dan insercion á los ligamentos sacro-ciáticos.

La base es la parte mas ancha y gruesa del hueso; se dirige hácia arriba y un poco hácia adelante. Presenta, en su parte media, una carita oval que se articula con el cuerpo de la última vértebra lumbar; á cada lado de esta carita hay

una superficie plana y triangular que concurre á formar la fosa iliaca interna; por detras se ven elevarse dos apofisis articulares que se unen á las de la última vértebra lumbar.

El vértice presenta una pequeña carita oval transversalmente, mas saliente por detras que por delante, y que se articula con la base del coxis.

El sacro, en la edad tierna, está compuesto de cinco piezas que se sueldan una con otra, y no forman despues mas que un solo hueso en la edad adulta.

§. II. Del coxis.

El coxis está situado debajo del sacro, cuya figura tiene, aunque en pequeño.

Su cara externa es ligeramente convexa, desigual, y casi desnuda debajo de la piel.

La interna, cóncava segun su longitud, corresponde al intestino recto.

Los bordes laterales dan insercion á los ligamentos sacro-ciáticos y á los músculos sacro-coxígeos.

La base presenta por delante una superficie oval transversalmente, que se articula con el vértice del sacro, y por detras dos pequeñas eminencias ó *astas*, que se unen á las del mismo hueso.

El vértice es tuberculoso, y da insercion al músculo esfínter externo del ano.

El coxis se compone ordinariamente de tres piezas ligadas entre sí, de modo que puedan gozar por mucho tiempo de cierta movilidad; las cuales, sin embargo, acaban por soldarse unas con otras, y no forman despues mas que una sola pieza.

§. III. Del hueso de las caderas.

El hueso de las caderas es par, y está situado en la parte anterior y lateral de la pelvis, formando con su semejante mas de las tres cuartas partes de ella. Es irregularmente cuadrilátero, ancho en sus extremidades, angosto en su parte media, y está como torcido sobre sí mismo.

Se le divide en dos caras, la una externa y la otra interna, y en cuatro bordes, superior, inferior, anterior y posterior.

La cara externa presenta superiormente la fosa iliaca ex-

terna, que en el estado fresco está ocupada por los músculos glúteos; en el medio la cavidad cotiloidea que recibe la cabeza del fémur; inferiormente la fosa sub-pubiana y el agujero del mismo nombre; este último, en el cadáver, está cerrado por una membrana que se ata á su circunferencia.

La cara interna presenta, superiormente y por delante, la fosa iliaca interna; por detrás, una carita articular semejante á la que existe en los bordes del sacro; y mas posteriormente se observan algunas desigualdades que dan insercion á los ligamentos sacro-iliacos.

Debajo de la fosa iliaca interna hay un borde saliente, cóncavo obtuso, que forma parte del estrecho superior de la pelvis.

Todo lo que está debajo de este borde huesoso concurre á formar la excavacion de la pelvis. Esta parte del hueso presenta de atrás adelante una superficie cuadrada que corresponde á la cavidad cotiloidea, el agujero sub-pubiano, la cara interna del cuerpo del pubis y de su rama descendente; por último, la superficie interna del isquion y de su rama ascendente.

El borde superior se llama comunmente cresta iliaca; está inclinado hácia afuera, y contorneado en figura de S cursiva; es mas grueso por delante y por detrás que en su parte media, y da insercion á las paredes abdominales.

El borde inferior está dividido en dos partes, la una vertical y la otra oblicua. La primera presenta una impresion oval que sirve para la articulacion de los pubis; la segunda está vuelta hácia afuera, y concurre á formar el arco del mismo nombre.

El borde anterior es cóncavo, y presenta de arriba á abajo la espina iliaca anterior y superior; una pequeña escotadura; la espina iliaca anterior é inferior, una ancha muesca por donde pasa el tendon comun de los músculos psoas é iliaco; la eminencia ileo-petínea; una superficie triangular y horizontal; en fin la espina y el ángulo del pubis.

El borde posterior es bastante irregular, y presenta de arriba á abajo la espina iliaca posterior y superior; una pequeña escotadura; la espina iliaca posterior é inferior; la grande escotadura ciática; la espina del mismo nombre; la pequeña

escotadura ciática; y en fin la tuberosidad ciática.

El hueso de las caderas está compuesto en la infancia de tres piezas huesosas; el *ileon*, el *isquion* y el *pubis*. En la edad de la pubertad estas tres piezas estan reunidas, y no forman mas que un solo hueso; es pues enteramente inútil estudiarlas separadamente, como lo han hecho hasta ahora algunos comadrones.

ARTÍCULO II.

De las articulaciones de la pelvis.

Las articulaciones de la pelvis pueden dividirse en *propias* y en *comunes*. Las primeras unen entre sí los huesos que constituyen el canal propiamente dicho, y las segundas unen la pelvis á la columna vertebral y á los fémures.

A. De las articulaciones propias de la pelvis.

Estas articulaciones son cuatro, á saber: por delante, la sinfisis de los pubis; por detrás y superiormente, las dos sinfisis sacro-iliacas; por detrás y hácia abajo, la articulacion sacro-coxígea.

§. I. De la sinfisis de los pubis.

La sinfisis de los pubis está formada por la aproximacion de las superficies ovaladas, que forman la porcion vertical del borde inferior de los huesos de las caderas.

Entre estas superficies hay un fibro-cartilago de forma triangular con una base anterior pegada sólidamente al uno y al otro hueso; hácia su parte media las superficies huesosas casi se tocan, y no estan separadas una de otra sino por una lámina cartilaginosa muy delgada, y por una pequeña sinovial.

Los otros medios de union son: 1.º el ligamento triangular que completa la parte superior del arco de los pubis, y que parece no ser otra cosa que la continuacion del fibro-cartilago inter-pubiano; 2.º unas fibras ligamentosas muy apretadas que se cruzan de diversos modos por delante de la articulacion; 3.º en fin, el periosto, que cubre la faz interna de los pubis y pasa de un hueso al otro.

§. II. De las sinfisis sacro-iliacas.

Las sinfisis sacro-iliacas son el resultado de la aproximación de las superficies articulares, que se hallan unas en la faz interna de los huesos de las caderas, y otras en los bordes del sacro; estas últimas están cubiertas de una substancia espesa cartilaginosa.

Los principales medios de unión son: 1.º *por delante*, muchas tiras fibrosas que pasan de un hueso á otro; 2.º *por detrás*, unos fuertes haces ligamentosos que se extienden desde la parte lateral y posterior del sacro á la parte inmediata de los huesos de las caderas: 3.º *por arriba*, los ligamentos ileolumbares que, desde el vértice de las apofisis transversales de la última vértebra lumbar, van directamente á la parte posterior de la cresta iliaca; y 4.º *por abajo*, los ligamentos sacro-ciáticos, que se fijan, por su base en la parte posterior de las crestas iliacas, en los bordes del sacro y del coxis; y por su vértice, á saber; el grande en la tuberosidad ciática, y el pequeño en la espina del mismo nombre.

Estos ligamentos no solo sirven para afirmar las articulaciones sacro-ciáticas, sino que tambien concurren á completar inferiormente la cavidad de la pelvis.

§. III. De la articulacion sacro-coxígea.

La articulacion sacro-coxígea resulta de la aproximación de las caritas elípticas que presentan la punta del sacro y la base del coxis.

Esta articulacion está afianzada:

1.º Por un fibro-cartilago colocado entre las superficies articulares:

2.º Por el ligamento sacro-coxígeo anterior, que se dirige de la cara anterior del sacro á la del coxis:

3.º Por el ligamento sacro-coxígeo posterior, que de los bordes del canal sacro, se extiende á la cara posterior del coxis. La articulacion sacro-coxígea goza por lo comun de grande movilidad, lo que permite al coxis ceder á la presión que sobre él ejerce el feto cuando pasa por el estrecho inferior; pero con el tiempo esta grande movilidad se pierde, y entonces el parto puede presentar dificultades.

B. De las articulaciones de la pelvis con la columna vertebral y los fémures.

§. I. De la articulacion sacro-vertebral.

La articulacion del sacro con la columna vertebral se efectúa por tres puntos diferentes, á saber: por el medio de su base con el cuerpo de la última vértebra lumbar, y por sus apofisis articulares con las de la misma vértebra.

El cuerpo de la última vértebra de los lomos, la carita ovalada de la base del sacro, y el fibro-cartilago inter-vertebral estan dispuestos de tal modo que presentan por delante mucho mas espesor, y sobresalen mas que por detrás, de donde resulta el ángulo sacro-vertebral ó promontorio.

Los ligamentos que afianzan esta articulacion son: 1.º un fibro-cartilago colocado entre las superficies articulares; 2.º la terminacion de los ligamentos vertebrales comunes anterior y posterior; 3.º la terminacion del ligamento super-espinoso; 4.º un ligamento inter-espinoso; 5.º un ligamento amarillo; 6.º en fin, las cápsulas que rodean las apofisis articulares.

§. II. De las articulaciones coxo-femorales.

Estas articulaciones constituyen una enartrosis doble, que resulta de encajarse la cabeza de los fémures en las cavidades cotiloideas.

Sus medios de union son; de cada lado *un ligamento inter-articular, un ligamento capsular, y un ligamento cotiloideo.*

ARTÍCULO III.

De la pelvis en el estado seco.

La pelvis, considerada generalmente, es una especie de conducto huesoso, situado en la parte inferior del tronco entre la columna vertebral que se apoya sobre su parte media y posterior; y los fémures, que se articulan con sus partes medias laterales y anteriores.

Su figura es la de un cono truncado, cuya base se dirigiese hácia arriba y adelante, y el vértice hácia abajo y atrás.

Se la divide en superficie externa, en superficie interna, en base y vértice.

Superficie externa.

La superficie externa, poco importante con relacion á los partos, se subdivide en cuatro regiones, una anterior, otra posterior y dos laterales.

La region anterior presenta en el medio la sinfisis de los pubis; y á cada lado las fosas sub-pubianas y los agujeros del mismo nombre.

La region posterior presenta al examen todo lo que hemos indicado tratando de la cara posterior del sacro y del coxis.

Las regiones laterales presentan las fosas iliacas externas, las cavidades cotiloideas, las escotaduras, las espinas, las tuberosidades y los ligamentos ciáticos.

Superficie interna.

La superficie interna de la pelvis comprende: la pelvis grande, el estrecho superior, la pequeña pelvis y el estrecho inferior.

Pelvis grande.

La pelvis grande se divide en cuatro regiones; una anterior, otra posterior, y dos laterales.

La region anterior no existe sino en el estado fresco, y está formada enteramente por las paredes abdominales.

La region posterior presenta en el medio la terminacion de la columna vertebral, y á los lados la señal de las sinfisis sacro-iliacas.

Las regiones laterales estan formadas por las fosas iliacas internas.

La pelvis grande, medida desde el medio de una cresta iliaca á otra, tiene cerca de diez pulgadas (1) de anchura, y nueve solamente al nivel de las espinas iliacas anteriores y superiores. Su mayor profundidad es de tres pulgadas y me-

(1) Estas pulgadas son francesas, y cada una de ellas equivale á una pulgada y cerca de dos líneas españolas. (*Nota del traductor*).

dia. Su extension de delante á atrás no puede determinarse con exactitud, á causa de la extensibilidad de las paredes abdominales.

Estrecho superior.

El estrecho superior, ó abdominal, es el borde saliente huecoso, que separa la pelvis grande de la pequeña. Empieza por cada lado en la mitad del ángulo sacro-vertebral, desciende oblicuamente sobre el borde inferior de las fosas iliacas, y va á terminar en la sinfisis de los pubis. Su forma es variable: algunas veces representa como un corazon, un triángulo, ó un circulo; pero presenta con mas frecuencia una figura elíptica.

Se mide comunmente el estrecho superior por cuatro diámetros, á saber; uno *antero-posterior*, que se extiende desde el ángulo sacro-vertebral hasta la sinfisis de los pubis, y tiene cuatro pulgadas de largo: otro *transversal*, que se extiende de un lado de la pelvis al otro, y tiene cinco pulgadas de extension en el estado seco, pero cuatro solamente en el fresco, á causa de los músculos psoas que le disminuyen media pulgada á cada lado; en fin, *dos oblicuos*, que se extienden desde la sinfisis sacro-iliaca por un lado, á la eminencia ileopectinea por el lado opuesto; y tienen cuatro pulgadas y media de extension.

El estrecho superior se halla en tal disposicion en la muger puesta de pie, que su parte posterior está mucho mas elevada que la anterior. Su inclinacion es entonces igual á un ángulo de 35 á 40 grados.

El eje del estrecho superior puede representarse por una linea imaginaria, que partiendo del ombligo de la muger, fuese á parar á la parte inferior del sacro.

Pequeña pelvis.

La pequeña pelvis tiene la forma de un conducto, muy corvado por delante, y cortado perpendicularmente á su eje en sus dos extremidades; es mas ancho en su medio que en sus partes superior é inferior, y se divide en cuatro regiones; una anterior, otra posterior, y dos laterales.

La region anterior es un poco cóncava de un lado á otro,

y presenta la parte posterior de la sínfisis del cuerpo y de las ramas del pubis; y además la cara interna de la rama ascendente del isquion, la del agujero sub-pubiano y de su membrana.

La región posterior está formada por la cara anterior del sacro y del coxis; comprende también la cara interna de una parte de los ligamentos sacro-ciáticos.

Las regiones laterales son casi planas, están inclinadas hacia arriba y hacia adentro, y presentan los agujeros ciáticos, una superficie cuadrada, que corresponde á la cavidad cotiloidea, y además la superficie interna de las espinas ciáticas, que siendo más salientes hacia el interior de la pelvis que las partes situadas por delante y detrás de ellas, dan, por esta disposición, origen por cada lado á dos planos inclinados, uno anterior, y otro posterior; los cuales imprimen á la cabeza del feto el movimiento de rotación necesario para colocar su diámetro antero-posterior en la dirección del mayor diámetro del estrecho inferior. El plano anterior de un lado hace deslizar, por debajo del arco de los pubis, la parte de la cabeza del feto, que se dirige hacia adelante; y el posterior del lado opuesto hace resbalar, por la corvadura del sacro, la que se encuentra dirigida hacia atrás.

La pelvis pequeña, medida desde el medio de la sínfisis de los pubis hasta el medio del sacro, presenta cerca de cinco pulgadas, y cuatro y media solamente de un lado á otro. Su pared anterior tiene diez y ocho líneas de alto; la posterior cuatro pulgadas y media (sin seguir su corvadura); y las laterales tres pulgadas y media solamente.

El eje de la pelvis pequeña puede representarse por una línea curva, que, pasando por el medio del conducto, sigue con corta diferencia la corvadura del sacro.

Estrecho inferior.

El estrecho inferior, ó perineal, no es otra cosa más que la abertura inferior de la pelvis. Su circunferencia es huesosa por delante y por los lados, al paso que por detrás es casi totalmente ligamentosa; su figura es irregularmente redondeada. Se le mide, lo mismo que al estrecho superior, por cuatro diámetros, á saber: uno *antero-posterior* (coxi-pubiano),

que se extiende desde la punta del coxis á la parte inferior de la sínfisis de los pubis: otro *transversal* (bi-ciático) que vá de una tuberosidad ciática á la otra; y *dos oblicuos*, que se extienden, por cada lado, desde el medio del arco de los pubis, á la parte media del ligamento sacro-ciático del lado opuesto. Todos estos diámetros tienen generalmente cuatro pulgadas de extension; pero el antero-posterior puede llegar hasta cinco por la retrocesion del coxis.

El eje del estrecho inferior puede representarse por una línea imaginaria, que partiendo del medio de la tercera pieza del sacro, fuese á pasar por entre las tuberosidades del isquion, hácia la parte anterior de ellas. Esta línea cruza, en la excavacion, el eje del estrecho superior, y forma con él un ángulo obtuso, cuyo seno está hácia adelante.

Base de la pelvis.

La base de la pelvis está formada: *por delante* por el borde anterior de los huesos de las cáderas; *por detrás* por la base del sacro, ó mas bien por la cara superior de la cuarta vértebra de los lomos y los ligamentos ileo-lumbares, puesto que se suelen dejar estas partes en su lugar, y *por los lados* por el borde superior de los huesos de las caderas.

Vértice de la pelvis.

El vértice de la pelvis está formado *por delante* por el arco de los pubis: *por detrás* por la punta del coxis; y *por los lados* por las tuberosidades y los ligamentos ciáticos.

El arco de los pubis tiene de quince á veinte líneas (1) de ancho por arriba, dos pulgadas y media en el medio, y cuatro por abajo. Sus bordes tienen cerca de dos pulgadas de alto, y estan vueltos hácia afuera, lo que favorece notablemente la salida del feto.

ARTÍCULO IV.

De la pelvis en el estado fresco.

La pelvis de la muger viva está rodeada de un crecido

(1) Estas líneas tambien son francesas, y forma cada una de ellas la duodécima parte de una pulgada de la misma nacion (*Nota del traductor*).

número de músculos, que se dirigen los unos al pecho, y los otros á los miembros abdominales. El conocimiento de estos músculos, situados en lo exterior, ofrece poca utilidad relativamente á los partos; por esta razon nos limitaremos á exponer aquí los que, vistiendo su interior, pueden producir variaciones mas ó menos notables en sus dimensiones.

Pelvis grande. Su diámetro transversal está disminuido en cada lado por la presencia de los músculos psoas é iliacos, y ademas por el ciego de la derecha, y el colon iliaco de la izquierda.

Estrecho superior. Los músculos psoas é iliacos, y los vasos y nervios del mismo nombre, pasando por sus lados, reducen á cuatro pulgadas la extension de su diámetro transversal; pero sus partes blandas se dejan fácilmente deprimir, sobre todo si se las pone en relajacion doblando el muslo sobre el vientre, y dándole un movimiento de rotacion hácia afuera; én cuyo caso el diámetro transversal adquiere mas longitud.

Pelvis pequeña. Su capacidad se halla disminuida *anteriormente* por los músculos obturadores internos, que elevan el ano, y por la vejiga; *posteriormente* por el recto; y *por los lados* por los músculos piramidales y los vasos y nervios ciáticos. El tejido celular, especialmente cuando contiene mucha gordura, contribuye tambien á estrechar la excavacion de la pelvis.

Estrecho inferior. La especie de suelo que cierra la pelvis inferiormente, y al que atraviesan el ano por detrás, y la vagina y la uretra por delante, se compone de la piel del tejido celular sub-cutáneo, de los músculos esfínteres del ano, transversos del perineo y constrictores de la vagina, isquiocavernosos, isquio-coxigéos y elevadores del ano.

ARTÍCULO V.

De los vicios de conformacion de la pelvis.

Se dice que está viciada la pelvis siempre que sus dimensiones se apartan mas ó menos de las que la son naturales.

Esto supuesto, conviene dividir sus vicios de conforma-

cion en los que lo son por exceso, y en los que lo son por falta de amplitud.

§. I. Primera especie.

Vicios de conformacion por exceso de amplitud.

La pelvis puede presentar una capacidad demasiado grande, sin que su figura esté notablemente alterada.

A primera vista parece que este vicio de conformacion debe ser una circunstancia feliz para la madre y para la criatura, pues hace que el parto sea mas fácil y mas pronto; pero la experiencia demuestra que esta amplitud, favorable en la apariencia, acarrea, casi siempre, muchos y graves accidentes: he aquí los mas frecuentes.

A. *Por parte de la madre.*

En el estado de vacuidad el prolapso, la ante y la retroversion del útero son muy frecuentes, y es muy difícil remediarlas.

En el estado de preñez las oblicuidades de la matriz pueden ser considerables, y dar lugar á muchos accidentes.

Durante el parto la matriz, que está mal sostenida por el estrecho superior, es impelida á la excavacion de la pelvis, y algunas veces forma una prominencia en la abertura de la vulva. Por otra parte, verificándose el parto muy rápidamente, la matriz puede invertirse ó bien caer en una inercia. Finalmente, las partes genitales externas, que no se han dilatado gradualmente, sufren con frecuencia rasgaduras mas ó menos considerables.

B. *Por parte de la criatura.*

Si la muger, sorprendida por la rapidez del parto, no ha tenido tiempo para situarse en la cama, pare de pie, y la criatura cae en el suelo, se mata, ó á lo menos recibe lesiones que siempre son muy graves.

Yo he conocido á una señora jóven que no sintió mas que tres dolores, y parió de pie; la criatura se mató cayendo en el pavimento, y la madre murió de una hemorragia fulminante.

Vicios de conformacion por falta de amplitud.

La pelvis puede ser naturalmente estrecha, sin que su figura presente una alteracion notable. Esta estrechez, cuando no es excesiva, no siempre opone al parto un obstáculo insuperable; así, cuando la pelvis presenta siquiera tres pulgadas y media de delante á atrás, puede esperarse que el parto terminará naturalmente, sobre todo si la criatura no es muy voluminosa.

Los vicios de conformacion con alteracion de la figura de la pelvis, se encuentran con mucha mas frecuencia que las dos especies anteriores.

Causas predisponentes: la blandura primitiva de los huesos, ó su reblandecimiento despues que han adquirido consistencia.

Causas ocasionales: todas las presiones hechas sobre la pelvis.

Lo mas frecuente es que estas presiones sean efecto del peso del cuerpo; así, en la estacion, hallándose la pelvis comprimida entre la columna vertebral, que tiende á deprimir la base del sacro, y los fémures, que hacen entrar en lo interior las cavidades cotiloideas y los pubis, resulta un encogimiento mas ó menos marcado en la direccion antero-posterior.

Quando la muger está sentada, el peso del cuerpo se transmite al plano sobre que descansa la pelvis; y si esta posicion sigue por mucho tiempo, sucede que el sacro se dirige hácia adelante, y adquiere una corvadura demasiado grande: ó bien que las tuberosidades ciáticas se desvian en diversas direcciones. La presion que hacen los vestidos demasiado apretados, ó los brazos de una nodriza descuidada, puede, según algunos autores, oponerse al desarrollo de la pelvis grande: y tambien se puede decir que las irregularidades son algunas veces el resultado de las tracciones que egercen los músculos en los puntos de la pelvis que se hallan afectados de reblandecimiento.

Otras causas pueden producir tambien vicios de confor-

macion en la pelvis: tales son, segun Desormeaux, los golpes, las caidas, la caries, las fracturas, y la sifilis cuando produce exostosis.

Los vicios de conformacion pueden existir en todos los puntos de la pelvis; pero la experiencia demuestra que el diámetro antero-posterior del estrecho superior está viciado con mucha mas frecuencia que las demas partes de este conducto. El reblandecimiento no afecta siempre la totalidad de la pelvis; y en este caso es claro que las deformaciones no deben existir mas que en los puntos que estan reblandecidos.

Las diferentes especies de vicios de conformacion pueden ser tan variadas, que sería imposible exponerlas todas; nos limitaremos, pues, á indicar las principales.

Pelvis grande.

Lo mas frecuente es que las fosas iliacas internas esten aproximadas á la línea media, lo que dificulta mas ó menos el desarrollo de la matriz á lo último de la preñez. Es todavia mas comun que tenga esta direccion viciosa solo una de las fosas iliacas; y en este caso la matriz llega á quedar necesariamente oblicua hácia el lado opuesto. Estos vicios de conformacion pueden tener grados muy diferentes. Ch. Bell ha visto una pelvis, en la cual las fosas iliacas no estaban separadas una de otra sino por un espacio como de media pulgada.

Estrecho superior.

El diámetro antero-posterior puede ser corto, ó porque el ángulo sacro-vertebral se inclina demasiado adelante, ó porque los pubis se dirigen mucho hácia atrás, ó tambien porque estas dos partes se han aproximado mutuamente una á otra. Los grados de este vicio de conformacion son en extremo variables: se han observado todos los que puede haber intermedios entre dos y tres líneas y cuatro pulgadas. Nægele y Ch. Bell hablan de algunas pelvis de mugeres que no presentaban mas que dos ó tres líneas de extension en su diámetro antero-posterior.

El diámetro transversal puede, lo mismo que el antero-

posterior, presentar una reduccion mas ó ménos considerable; pero esta especie de vicio de conformacion es bastante rara, porque no hay ninguna causa bastante poderosa para aproximar uno á otro los lados del estrecho; por otra parte, cuando se presenta esta reduccion, la pelvis conserva ordinariamente bastante anchura para que pueda verificarse el parto.

Los diámetros oblicuos están frecuentemente viciados, porque una causa de consideracion tiende á producir su acortamiento; así, en la estacion, cuando las cavidades cotiloideas están reblandecidas, la cabeza de los fémures, que recibe todo el peso del tronco, no deja de empujarlas hácia el lado de las sinfisis sacro-iliacas. El vicio de conformacion puede no existir sino en uno de los lados de la pelvis, ó llegar á grados muy variables; en este caso puede suceder muy bien que habiendo conservado el lado opuesto toda su anchura, se verifique el parto naturalmente, en especial si la parte mas voluminosa de la cabeza se dirige hácia este lado. Esta circunstancia indica demasiado al comadron la conducta que debe observar: si la region occipital se halla del lado del acortamiento, la volverá, y de este modo la extremidad gruesa de la cabeza se pondrá al lado de la pelvis, que ha conservado toda su anchura. Se encuentran en las colecciones de la facultad de París muchas pelvis, en las que no hay mas que una pulgada entre la cavidad cotiloidea de un lado y el ángulo sacro-vertebral de otro.

Observacion. El estrecho superior de la pelvis, no porque se acorte en una direccion, pierde siempre de su extension en la circunferencia, porque ha podido ganar en un sentido lo que ha perdido en otro; pero esta observacion no es general.

Pelvis pequeña.

El diámetro antero-posterior puede reducirse por la depresion del pubis, ó tambien porque el sacro, en lugar de una concavidad, presente una superficie plana y aun convexa. En los gabinetes de la facultad de París se encuentran pelvis que presentan esta doble disposicion.

Algunas veces la extension, muy considerable, de este

diámetro, proviene de que el sacro es demasiado cóncavo; en este caso, el mismo diámetro de los dos estrechos, ó el de uno de ellos solamente, se acorta en una misma proporcion.

El diámetro transversal puede, lo mismo que el antero-posterior, presentar diferentes grados de reduccion; pero raras veces llega á ser tan grande la estrechez que impida el parto. Las espinas ciáticas son en ocasiones demasiado salientes en lo interior de la pelvis; pero en ningun caso pueden clavarse en la cabeza del feto, como se ha creído.

Estrecho inferior.

El diámetro antero-posterior puede ser corto, ó bien porque el sacro y el coxis se dirigen demasiado hácia adelante (1), ó bien porque la sínfisis de los pubis es bastante larga, y se inclina mucho hácia atrás; á este último vicio de conformacion se le da en frances el nombre de *barrure*, que viene á ser en castellano *arriñonada*.

El diámetro transversal se acorta con frecuencia por la aproximacion de las tuberosidades ciáticas. En este caso el arco de los pubis llega á ser necesariamente demasiado estrecho para dar paso al feto.

Observacion. El estrecho inferior, por ser corto en una direccion, no siempre pierde de su extension en circunferencia: porque, lo mismo que el superior, adquiere casi siempre en un sentido lo que pierde en otro; así, cuando el diámetro antero-posterior es muy pequeño, casi siempre el transversal es muy grande, y *vice versa*. Lo mismo se observa relativamente entre los dos estrechos de la pelvis; así, cuando el diámetro antero-posterior del estrecho superior es demasiado pequeño, el mismo diámetro del estrecho inferior es muy grande, y al contrario: igualmente cuando el diámetro transversal del estrecho superior es muy pequeño, el mismo diámetro del estrecho inferior puede ser muy grande, y *vice versa*. Sin embargo, se debe tener presente que los dos estrechos de la pelvis, lo mismo que sus diámetros cor-

(1) Yo tengo en mis colecciones una pelvis que presenta esta disposición en un grado muy notable; el coxis y el cuarto inferior del sacro forman con el resto de este último un ángulo recto de los mas bien conocidos.

respondientes, pueden reblandecerse al mismo tiempo.

Ademas de los vicios de conformacion de que acabamos de hablar, existen algunas veces en lo interior de la pelvis exostosis, tumores cirrosos, fibrosos y otros, que disminuyendo la capacidad del conducto, pueden hacer el parto difícil ó imposible.

§. III. Efectos de los vicios de conformacion de la pelvis en el curso del parto, é indicaciones que presentan.

Cuando el estrecho superior es muy grande, y el inferior muy pequeño, es rápido al principio el parto; pero en seguida ya es mas lento. Lo contrario sucede si los estrechos tienen una disposicion inversa,

Cuando el diámetro antero-posterior del estrecho superior no tiene mas que tres pulgadas y media de extension, es todavia posible el parto natural, suponiendo no obstante á la criatura bien conformada.

No presentando mas que tres pulgadas, debe emplearse el forceps.

Entre dos pulgadas y media á tres, es indispensable la operacion de la sinfisiotomia cuando todavia está viva la criatura; pero si está muerta, se debe recurrir á la embriotomia.

Si tiene de dos pulgadas á dos y media, es precisa la operacion cesárea viviendo la criatura; pero si está muerta se podrá tal vez recurrir todavia á la embriotomia.

Cuando tuviere menos de dos pulgadas, es necesario en todos los casos practicar la operacion cesárea; porque en este grado de conformacion viciosa el desmembrar la criatura de la matriz seria tal vez mas peligroso para la madre que la misma operacion cesárea.

Sin embargo, las reglas que acabamos de establecer no pueden ser mas que aproximadas, porque se ha visto muchas veces terminarse el parto naturalmente sin tener el diámetro antero-posterior mas que dos pulgadas y media de extension; en cuyo caso, á la verdad, seria el feto muy pequeño, y estaria poco adelantada la osificacion,

Cuando la pelvis se halla estrechada solamente por un lado, y el occipucio del feto se dirige al lado opuesto, puede terminarse el parto por sí solo; pero en el caso contrario, es

forzoso, como lo hemos dicho ya, dar vuelta á la parte mas voluminosa de la cabeza al lado mas ancho de la pelvis.

Cuando la excavacion es muy estrecha se impiden la progresion y la rotacion de la cabeza: cuando es demasiado ancha tambien es dificil la salida del feto á causa de la profundidad del ángulo que forman en su encuentro los ejes de la pelvis.

El poco diámetro del estrecho inferior puede ofrecer en el parto los mismos obstáculos que el del estrecho superior; pero es generalmente de menos gravedad, por cuanto es mas fácil obrar sobre la cabeza del feto.

§. IV. Medios para conocer los vicios de conformacion de la pelvis, y apreciar la extension de sus diámetros.

Dos medios hay para conocer los vicios de la pelvis: uno exterior y otro interior.

El examen exterior es el único de que podemos valernos cuando la muger es todavía doncella.

Los caracteres que pueden entonces llamar la atencion del comadron, varian segun la especie de deformidad que tenga la pelvis.

Las caderas pueden estar muy aproximadas ó elevadas desigualmente: el pubis puede ser demasiado saliente, estar bastante deprimido, ó ser muy largo; el arco de los pubis puede ser muy estrecho, la cara posterior del sacro muy saliente ó muy hundida; en fin, las tuberosidades ciáticas pueden hallarse muy aproximadas la una á la otra, ó desigualmente elevadas. La vista y el tacto bastan ordinariamente para apreciar estas deformaciones; pero para tener una idea muy exacta de la capacidad de la pelvis, conviene recurrir al uso de un pelvimetro, y en este caso es muy á propósito el compas de espesor de Baudelocque. Este instrumento se ha inventado especialmente para medir la extension del diámetro antero-posterior del estrecho superior, pero puede servir tambien para medir otros puntos del conducto huesoso. Si se quiere conocer la capacidad de la pelvis grande, se colocan los botones del compas sobre las crestas iliacas, y el vástago que atraviesa el mango del instrumento indica la distancia que los

separa; sin embargo, conviene disminuir de la extension marcada por el compás el espesor de los huesos.

Si se quiere medir la extension del diámetro antero-posterior del estrecho superior, se aplica uno de los botones sobre la sinfisis de los pubis, y el otro sobre la apofisis espinosa de la primera falsa vértebra del sacro; se disminuyen en seguida, de la distancia encontrada, dos pulgadas y media por el espesor del sacro, y media pulgada por el de los pubis; lo que queda señala la extension del diámetro sacro-pubiano. Por lo comun se necesitan siete pulgadas para que la pelvis esté bien conformada en este sentido.

El compás de Baudelocque puede servir tambien para medir los diámetros oblicuos del mismo estrecho; para esto conviene colocar uno de los botones sobre la grande trocánter, y el otro sobre la articulacion sacro-iliaca del lado opuesto; se disminuyen en seguida cuatro pulgadas y media por el espesor de los huesos, y lo que resta representa la extension del diámetro oblicuo correspondiente.

Madama Boivin inventó hace algunos años un instrumento que llama *intro-pelvímetro*, y que, segun dice, lo mismo puede servir para una muger vírgen que para una desflorada. Este instrumento se compone de dos brazos separados, de los cuales debe introducirse uno en el recto, y otro en la vagina.

Cuando la muger está desflorada, se puede introducir el dedo en la vagina, y conocer con mas exactitud el interior de la pelvis.

Si se quiere medir el diámetro antero-posterior del estrecho superior, se lleva el índice al medio del ángulo sacro-vertebral, y se señala exteriormente con el índice de la otra mano el sitio á donde corresponde la sinfisis de los pubis; se retira en seguida el dedo, y se le pone sobre una medida, se rebaja media pulgada á causa de la oblicuidad de la línea; y la extension que resta es la del diámetro sacro-pubiano.

El índice introducido en la vagina ofrece tambien la ventaja de que, recorriendo con él la cavidad de la pelvis, se puede juzgar con bastante exactitud sobre la extension de los diámetros transversal y oblicuos, sobre la profundidad del

sacro, sobre la eminencia de las espinas ciáticas, y sobre la longitud de los pubis.

Tambien se puede medir por este medio el diámetro coxi-pubiano, llevando su extremidad á la punta del coxis, y haciendo por lo demas lo que hemos dicho respecto al mismo diámetro del estrecho superior; solo que aquí no hay que hacer ninguna deducción. Tambien puede medirse con los dedos el diámetro bi-ciático poniéndole sobre las tuberosidades ciáticas, y despues sobre un pie de rey.

Finalmente, si existe en la excavacion un exostosis ó algun otro tumor, el dedo lo da fácilmente á conocer.

El pelvímetro que Coutouly habia inventado para medir el interior de la pelvis, y que se parece mucho al instrumento de que se sirven los zapateros para tomar la medida del pie, ha sido enteramente abandonado.

§. V. De los usos de la pelvis.

La pelvis termina el tronco inferiormente, y sirve de base á la columna vertebral, transmite el peso del cuerpo á los extremos abdominales, y se articula con ellos. La especie de conducto que forma da paso á la criatura en el acto del parto.

Ademas contiene en su interior: adelante la vejiga y el conducto de la uretra; atrás el recto; y en el medio la matriz y sus anexidades.

CAPÍTULO II.

DE LAS PARTES BLANDAS QUE SIRVEN PARA LA GENERACION, LA PREÑEZ Y EL PARTO.

ARTÍCULO PRIMERO.

De las partes genitales externas.

Estas partes comprenden: el empeine, ó monte de Venus, la vulva, los grandes y pequeños labios, el clítoris, el vestíbulo, el meato urinario, la entrada de la vagina, el himen, ó las carúnculas mirtifomes, la fosa navicular, la comisura posterior, y el perineo.

§. I. Del empeine, ó monte de Venus.

Se llama así aquella prominencia ancha y redondeada que se observa delante de la pelvis entre las ingles: es mas ó menos saliente segun la conformacion de la pelvis y la gordura de la muger. La constituyen los pubis, el tejido celular sub-cutáneo y la piel, que se cubre de pelos en la edad de la pubertad.

§. II. De la vulva.

Se da este nombre á la especie de hendidura que se extiende desde la parte inferior del monte de Venus hasta la anterior del perineo, y que circunscriben los grandes labios. Sus dimensiones varian segun que se la examina en una soltera jóven, ó en una muger que ha tenido hijos.

§. III. De los grandes labios.

Los grandes labios son aquellos dos pliegues que guardan lateralmente la vulva, y se reunen por delante y por detrás para formar las comisuras. Su cara externa corresponde á la parte superior de los muslos, y la interna á la abertura de la vulva: su borde superior es adherente, y el inferior libre y redondeado.

Los grandes labios se componen de una prolongacion de la piel por fuera, de una membrana mucosa por dentro, de un tejido celular adiposo entre estas dos membranas, y últimamente, de arterias, venas, vasos linfáticos, folículos mucosos, y nervios.

Su espesor varia segun la época en que se los examina; en las solteras son mas gruesos adelante que atrás, al paso que despues de parir es todo lo contrario.

Protegen todas las demas partes genitales externas, y conservan su exquisita sensibilidad, sirviendo tambien para dar mas extension á la vulva en el acto del parto.

§. IV. De los pequeños labios.

Estos nacen de las partes laterales del clítoris, y van á terminar en los lados de la entrada de la vagina. Estan aplanados y relativamente mas desarrollados en el feto y en la

criatura recién nacida que en la muger adulta. Su cara externa corresponde á los grandes labios; la interna al meato urinario y á la entrada de la vagina. Su borde superior es adherente, el inferior libre y convexo.

Los pequeños labios estan formados por dos segundos pliegues de la membrana mucosa que viste la vulva, y por el tejido erectil. Los usos que tienen son poco conocidos.

§. V. Del clitoris.

El clitoris se presenta en forma de un tubérculo prolongado, situado debajo de la comisura anterior de los grandes labios, entre la sínfisis de los pubis, á la que está unido por un ligamento suspensorio, y el canal de la uretra, al que se adhiere por un tejido celular bastante flojo. Es mucho mas prominente en el feto y en las recién nacidas que en la muger adulta, y su estructura se parece mucho á la del pene del hombre; efectivamente, se encuentran en él un pequeño balano cubierto de una especie de prepucio, y un cuerpo cavernoso, cuyas dos raices van á fijarse en las ramas de los pubis y de los isquios, teniendo cada una su músculo isquio-cavernoso.

El clitoris es el sitio del deleite en las mugeres, y entra en ereccion durante el acto venéreo.

§. VI. Del vestíbulo.

El vestíbulo es aquel espacio triangular ligeramente cóncavo, cuyos límites son por arriba el clitoris; por abajo el meato urinario; y por los lados los pequeños labios. Nada presenta de particular con relacion á los partos.

§. VII. Del meato urinario.

El meato urinario forma la abertura anterior del canal de la uretra. Está situado entre el vestíbulo y la vagina, formando una eminencia notable: la especie de rodete que le circunda presenta un orificio excretorio de algunas glándulas mucosas. Durante la preñez está retirado hácia el interior de la pelvis, y por lo comun cuesta entonces mucho trabajo descubrirle.

El canal de la uretra es una continuacion del meato uri-

nario, y se extiende hasta el cuello de la vejiga; su longitud es de cerca de una pulgada; su anchura es mas considerable que en el hombre; su direccion, horizontal durante la vacuidad de la matriz, se hace casi perpendicular en los últimos tiempos de la preñez, circunstancia que importa notar cuando se ha de practicar el cateterismo.

La uretra está en relacion superiormente con el clitoris, é inferiormente con la vagina, en la que forma una eminencia longitudinal muy notable. Sus usos son el transmitir la orina al exterior.

§. VIII. Del orificio de la vagina.

El orificio de la vagina está situado en la parte inferior de la vulva, entre la uretra y la fosa navicular; presenta dimensiones variables segun que se examina antes ó despues del matrimonio. Su circunferencia en las vírgenes presenta constantemente una especie de brida, cuya figura varía, y á la que se da el nombre de himen.

§. IX. Del himen y de las carúnculas mirtiformes.

El himen aparece constantemente al nacer, y si mas tarde no se encuentra siempre, aun en el caso de que no haya habido ninguna union sexual, seguramente ha sido destruido por alguna enfermedad, ó por maniobras ilícitas. La figura mas comun del himen es la de una especie de media luna, cuya concavidad mira á la sinfisis de los pubis; otras veces es un verdadero círculo membranoso que presenta en su medio una abertura que siempre es muy estrecha. En vano se ha considerado al himen como una señal cierta de la virginidad, porque puede encontrarse muy bien en mugeres que se hayan unido con un hombre, y tambien se echa de menos en algunas doncellas; dos circunstancias que se explican en el primer caso por el espesor, la blandura y la fuerza del pliegue, y en el segundo por su delgadez y poca resistencia.

Cuando se ha desgarrado el himen se encuentran generalmente en el punto que ocupaba tres ó cuatro tubérculos, que se llaman carúnculas mirtiformes, las cuales desaparecen despues de muchos partos.

§. X. De la fosa navicular.

Es una pequeña depresion transversal situada entre el hi-men y la comisura posterior de los grandes labios; no existe realmente sino cuando las partes se mantienen íntegras.

§. XI. De la comisura posterior.

Se llama así la reunion de los grandes labios por detrás. Presenta una especie de brida, mas ó menos manifiesta, que desaparece ordinariamente en el primer parto.

§. XII. Del perineo.

El perineo es el espacio comprendido entre la vulva y el ano. Su extension natural es de cerca de una pulgada; pero es susceptible de una extension considerable en el momento del parto. Su medio se halla atravesado de atrás á adelante por una línea saliente que se llama rafe.

ARTÍCULO II.

De los vicios de conformacion de las partes genitales externas.

El empeine, ó monte de Venus, puede ser muy prominente, demasiado deprimido, ó muy prolongado. Estos diferentes estados indican otros tantos vicios de conformacion en el sentido antero-posterior de la pelvis. (*Véanse mas pormenores en las páginas 14 y 15.*)

La vulva puede ser natural ó accidentalmente demasiado estrecha, y aun faltar del todo.

Una incision, hecha en la direccion que se sabe tiene la abertura, basta para corregir este vicio de conformacion. La cura debe hacerse de modo que se obligue á cada labio de la herida á cicatrizarse separadamente; siendo suficiente para esto mantenerlos separados por medio de una tira de lienzo untada con una substancia oleosa.

Los grandes labios pueden ser muy cortos, y no cubrir sino imperfectamente las otras partes genitales externas: tambien pueden ser demasiado largos, y dar origen, por esta razon, á diversos accidentes.

En fin, se les ha visto pegados uno al otro en una extension mas ó menos considerable, é imposibilitar de este modo, ó hacer mas difíciles, las funciones sexuales: tambien se les ha visto con diversos tumores que alteran mas ó menos su figura. Si estos tumores estan dispuestos de modo que perjudican á las funciones de la generacion, será necesario proceder á su extirpacion.

Los pequeños labios pueden adherirse el uno al otro, ó bien prolongarse mucho mas que los grandes, lo que hace difícil la progresion y el coito (1). En el primer caso, basta ordinariamente una incision para corregir este vicio de conformacion; en el segundo, es indispensable la excision. Yo he visto practicar con buen éxito esta operacion por Mr. Dupuytren en una doncella de 14 años, cuyos pequeños labios salian hácia afuera mas de una pulgada.

El clitoris presenta algunas veces una longitud y un volumen desmesurados, lo que puede embarazar mas ó menos las funciones genitales. Por otra parte las mugeres que tienen estos vicios de conformacion se abandonan muchas veces á pasiones, que destruyen su salud, al mismo tiempo que ofenden á la moral. La excision del clitoris es el único medio que conviene en semejantes casos.

Esta operacion se ha practicado muchas veces con buen éxito. Mr. Richerand refiere de ello un ejemplo muy notable en su Nosografia.

El rodete que circunda *el meato urinario* es algunas veces tan voluminoso, que sale fuera de los grandes labios; y entonces es necesaria su excision.

El orificio de la vagina puede estar enteramente obliterado por el himen engrosado, ó tambien por la aproximacion de sus bordes. En ambos casos es necesario practicar una incision crucial, é introducir mechas en la vagina para que se cicatricen separadamente los bordes, y tambien para conservar á la abertura sus dimensiones normales.

Yo he visto en el Hotel-Dieu de Paris en las salas de Mr. Dupuytren una jóven que tenia la vagina completamen-

(1) En el dia está averiguado que el delantal de las Potentotes no es mas que una prolongacion, mas ó menos considerable, de los pequeños labios.

te cerrada en su parte inferior por una membrana espesa y dura, que se creia ser el himen. La sangre de las reglas se hallaba acumulada, hacia mucho tiempo, detrás de aquel obstáculo hasta la matriz; y la enferma presentaba la mayor parte de las señales racionales de la preñez. Mr. Dupuytren hizo en la membrana una incision crucial, y al instante empezó á salir con abundancia una materia espesa y negruzca. Se la hacia la curacion todos los dias con mechas muy gruesas de hilas, y en poco tiempo quedó libre de aquel vicio de conformacion y de los accidentes que habia ocasionado.

Las carúnculas mirtiformes adquieren algunas veces tal desarrollo, que es indispensable su reseccion.

ARTÍCULO III.

De las partes genitales internas.

Las partes genitales internas comprenden: la vagina, la matriz, las trompas uterinas, los ovarios, los ligamentos anchos, los redondos, y los anteriores y posteriores.

§. I. De la vagina.

La vagina es un conducto membranoso, destinado á establecer comunicacion entre las partes genitales externas y las internas.

Está situado en el centro de la pequeña pelvis, entre la uretra y la vejiga por un lado, y el recto por otro; extendiéndose oblicuamente desde la vulva hasta el cuello de la matriz, por cuya razon se le ha dado el nombre de conducto *vulvo-uterino*. Su longitud es de cinco á seis pulgadas, y su anchura de cerca de una pulgada; pero es susceptible de una gran dilatacion, puesto que en el momento del parto adquiere un diámetro igual al volúmen del feto. Ademas es un poco mas estrecha en sus extremidades que en su parte media.

La vagina se parece bastante á un cilindro ligeramente comprimido de delante á atrás, encorvado por el lado que mira á los pubis, y cortado oblicuamente en sus extremidades, de tal modo, que su pared anterior tiene menos extension que la posterior. Para estudiarla con método, es preciso dividirla en superficie externa, é interna, y en dos extremidades, una superior y otra inferior.

La superficie externa presenta cuatro regiones:

La anterior, ligeramente cóncava, está cubierta superiormente por el peritoneo, y en contacto el resto de su extensión con la vejiga y el conducto de la uretra.

La posterior, ligeramente convexa, está cubierta también en su parte superior por el peritoneo; su parte media está contigua al recto, y la inferior separada de él por el espesor del perineo.

Las regiones laterales, menos extensas que las precedentes, corresponden superiormente á los ligamentos anchos; mas abajo al tejido celular de la pelvis; é inferiormente á los músculos elevadores del ano.

La superficie interna está sembrada de arrugas; unas poco numerosas, pero que se presentan en todas direcciones, y se hallan cerca del cuello del útero, al paso que otras, en mucho mayor número, y situadas cerca de la vulva, siguen todas una dirección transversal. Estas últimas están cortadas en ángulo recto por dos líneas salientes (*columnas de Haller*) que hay en toda la longitud de las paredes anterior y posterior de la vagina, y cuyas dos líneas terminan ordinariamente en el himen por un tubérculo mas ó menos saliente. Los pliegues de la vagina sirven principalmente para que pueda aumentarse el conducto durante la preñez, y dilatarse al tiempo del parto.

Se observan además en la superficie interna de la vagina un gran número de pequeños orificios por donde pasan las mucosidades que la lubrican, y superiormente unas manchas redondas, blanquecinas ó lívidas, cuya causa se ignora totalmente.

La extremidad superior está cortada oblicuamente á expensas de la pared anterior del conducto, y abraza de tal manera el cuello de la matriz, que este presenta por detrás mucha mas longitud que por delante.

La extremidad inferior corresponde á la parte posterior é inferior de la vulva, y forma la entrada del conducto.

La vagina se compone en lo exterior, de una membrana celulo-vascular bastante gruesa y muy densa; y en el interior, de una membrana mucosa, que se continúa superiormente con la del útero, é inferiormente con la de la vulva.

Su parte inferior está rodeada de un tejido esponjoso, erectil, denso y de color gris, que forma una capa de cerca de una pulgada de ancho y de dos á tres líneas de grueso. Este tejido está cubierto por dos músculos que se llaman constrictores, y que de la parte inferior del cuerpo del clitoris van á confundirse posteriormente con los músculos transversos del perineo y esfínter externo del ano.

Entran tambien en la composicion de la vagina arterias, procedentes de las hipogástricas, venas que siguen el mismo trayecto que dichas arterias, nervios que vienen de los últimos pares sacros, vasos linfáticos, y ademas dos cuerpos glandulosos que se hallan colocados uno á cada lado en la entrada del conducto.

§. II. De la matriz.

La matriz es uno de los principales órganos de la generacion, y sirve especialmente para la gestacion y el parto.

Está situada en la pequeña pelvis entre la vejiga y el recto, debajo de los intestinos delgados, y encima de la vagina. Su parte superior está un poco inclinada hácia adelante, y la inferior hácia atrás. Se parece bastante á una pera aplastada de delante á atrás, cuya parte mas ancha se dirige hácia arriba y la mas angosta hácia abajo.

Para estudiarla con método, conviene dividirla en superficie externa y en superficie interna.

La superficie externa se subdivide en dos caras, la una anterior y la otra posterior; en tres bordes, dos laterales y uno superior, y en tres ángulos, dos superiores y uno inferior.

La cara anterior es ligeramente convexa, ancha por arriba y estrecha por abajo, y se halla en relacion por la parte superior con los intestinos delgados, y por la parte inferior con la vejiga.

La cara posterior es mas convexa que la anterior, y corresponde por la parte superior á los intestinos delgados, y por la inferior al recto.

Los bordes laterales están cubiertos por los ligamentos anchos, y corresponden á los lados de la pelvis.

El borde superior corresponde al fondo del órgano; es re-

dondeado, está situado transversalmente, y cubierto por los intestinos delgados.

Los ángulos superiores son obtusos, redondeados, y dan insercion por delante á los ligamentos redondos, en el medio á las trompas uterinas, y por detrás á los ligamentos de los ovarios.

El ángulo inferior constituye lo que se llama el cuello de la matriz, y forma en la parte superior de la vagina una eminencia de unas cinco á seis líneas. Su figura, en la muger que no ha tenido hijos, es la de un pequeño cono, cuyo vértice, que se dirige hácia abajo, presenta una hendidura transversal, que apenas se conoce, y que divide su espesor en dos labios, uno anterior y otro posterior; el primero siempre es mas grueso que el segundo, y la superficie del cuello está entonces lisa al tacto, y no presenta irregularidad alguna.

En la muger que ha tenido hijos, el cuello ha perdido su figura conoidea; es mas grueso y ordinariamente bastante abierto para admitir la extremidad del dedo; su labio anterior mas saliente que el posterior; su circunferencia es desigual, y presenta escotaduras mas ó menos claras, que resultan de las rasgaduras ocasionadas por los partos anteriores (1).

La superficie interna de la matriz es vellosa, y está sembrada de folículos mucosos. Se la divide ordinariamente en dos partes, una que corresponde al cuerpo, y otra al cuello.

La cavidad del cuerpo es triangular, y se distinguen en ella una cara anterior, otra posterior, tres bordes, dos de ellos laterales, y uno superior, y tres ángulos, dos de ellos superiores y uno inferior.

Las dos caras están contiguas una á otra, y presentan ordinariamente en su parte media una línea vertical poco saliente.

Los tres bordes resultan de la aproximacion de las paredes, y son ligeramente cóncavos.

Los dos ángulos superiores presentan el orificio, extrema-

(1) En uno de mis cursos prácticos de partos el año de 1823 hice que examinasen por medio del tacto á una muger, en la cual el cuello de la matriz no habia padecido ninguna deformacion por un parto anterior; pero esta es una excepcion muy rara.

mente pequeño, de las trompas uterinas; el ángulo inferior se abre en la cavidad del cuello.

La cavidad del cuello es oval en las mugeres que no han tenido hijos, y triangular en las que han parido. Presenta dos caras, una anterior y otra posterior; dos bordes laterales, y dos aberturas, una superior y otra inferior. Las caras y los bordes tienen la misma disposición que en el cuerpo del órgano; la abertura superior comunica con la cavidad del cuerpo, y forma lo que se llama el *orificio interno* de la matriz. La abertura inferior comunica con la vagina, y constituye el *orificio externo*, ó el *hocico de tenca*.

Organización. La matriz se compone de tres membranas, de arterias, venas, vasos linfáticos, glándulas y nervios.

El peritoneo forma la membrana exterior. La media, ó tejido propio, constituye, por sí sola, casi todo el espesor de la viscera; es de color gris y de una estructura densa y apretada; esta membrana, durante la preñez, se reviste de todos los caracteres mas bien marcados de los músculos. La membrana interna ó mucosa es muy delgada, está íntimamente unida al tejido propio, y contiene un gran número de folículos mucosos, sobre todo hácia la parte inferior del cuello.

Las arterias de la matriz proceden de las hipogástricas y de las espermáticas.

Las venas siguen el mismo trayecto que las arterias.

Los vasos linfáticos son muchos, y adquieren un volúmen considerable en las mugeres embarazadas.

Los nervios proceden del gran simpático y de los pares sacros.

Dimensiones. La matriz, en su estado de vacuidad tiene, despues que se ha desarrollado por uno ó por muchos embarazos, cerca de tres pulgadas de longitud, dos de ancho hácia su fondo, y siete á ocho líneas solamente hácia el cuelló. Sus paredes tienen cerca de seis líneas de espesor; en las mugeres que no han parido, son un poco menores las dimensiones de este órgano.

§. III. De las trompas uterinas.

Las trompas uterinas, ó de Falopio, son dos conductos vermiformes contenidos en las aletas medias de los ligamentos

anchos, y destinados á establecer comunicacion entre los ovarios y la matriz. Parten de los ángulos superiores de esta última, y se dirigen serpenteando hácia los lados de la pelvis. Su longitud es de cuatro á cinco pulgadas. *Su extremidad interna* está fija en la matriz; *la externa* es libre, y termina en una porcion frangeada, que se llama pabellon; la mas larga de las lengüetas está fija en el ovario.

La cavidad de las trompas es capilar por el lado de la matriz; va ensanchándose hasta la mitad de su longitud, donde se estrecha un poco para dilatarse de nuevo, y terminar despues por una abertura bastante angosta, que comunica con el peritoneo.

La estructura de las trompas es la misma que la de la matriz.

Las arterias proceden de las espermáticas, y van acompañadas de las venas.

Los vasos linfáticos son bastante numerosos.

Los nervios proceden de los plexos renales.

§. IV. De los ovarios.

Los ovarios son dos pequeños cuerpos ovoideos, arrugados en su superficie, aplanados de delante á atrás, y contenidos en la aleta posterior de los ligamentos anchos. *Su extremidad interna* está fija en el ángulo superior de la matriz por medio de un ligamento particular que tiene cerca de pulgada y media de largo. *La externa* se ata á la mas larga de las lengüetas del pabellon de la trompa.

Los ovarios se componen de dos membranas, de un tejido propio, de vasos y de nervios.

La membrana mas exterior está formada por el peritoneo.

La que está debajo es la propia del órgano, y se halla íntimamente unida al tejido propio, en el cual se introduce con un gran número de prolongaciones.

El tejido propio es blando, celuloso y de color gris. Contiene en su espesor quince ó veinte pequeñas vesículas, llenas de un líquido claro y algunas veces rojizo ó amarillento. Unas, menores que un grano de mijo, están situadas en el fondo del órgano; y otras, del volumen de un cañamon, se hallan enteramente en la superficie. Estas pequeñas

vesículas parece que son otros tantos gérmenes destinados á ser fecundados en lo sucesivo.

Los *vasos* de los ovarios proceden de los espermáticos, y los *nervios* de los plexos renales.

Los ovarios sirven evidentemente para la generacion, puesto que sin ellos no son aptas las mugeres para la reproducción.

§. V. De los ligamentos anchos.

Los ligamentos anchos sostienen la matriz en su lugar, y forman con ella un tabique transversal que divide la cavidad de la pelvis en dos estancias, una anterior que contiene la vejiga, y la otra posterior que contiene el recto.

Los ligamentos anchos presentan dos caras y cuatro bordes.

De las dos caras, una, la anterior, corresponde á la vejiga, y otra, la posterior, al recto.

De los cuatro bordes, el superior se divide en tres aletas que contienen: la anterior, el ligamento redondo; la media, la trompa uterina; y la posterior, el ovario y su ligamento.

Los bordes inferior y externo están fijos en la pelvis. El interno se continúa con el peritoneo que cubre las caras del útero.

Los ligamentos anchos se componen de dos hojas del peritoneo, entre las cuales se encuentran los principales vasos y nervios de la matriz.

§. VI. De los ligamentos redondos.

Los ligamentos redondos son dos cordones blanquecinos ligeramente aplanados, más estrechos en su parte media que en sus extremidades, y contenidos en la aleta anterior de los ligamentos anchos. Nacen de los ángulos superiores de la matriz, atraviesan los anillos inguinales, y van á terminar en el tejido celular de las ingles, del empeine y de los grandes labios.

Los ligamentos redondos, segun las investigaciones del profesor Mr. Cruveilhier, no son otra cosa que prolongaciones del tejido de la matriz. Reciben vasos sanguíneos, vasos linfáticos y nervios.

Sus usos no son bien conocidos.

§. VII. De los ligamentos anteriores y posteriores.

El peritoneo, pasando desde las caras de la matriz á la vejiga por un lado, y al recto por otro, da origen por delante y por detras á dos pliegues semilunares, que solo se perciben bien cuando se distienden. Estos pliegues, que se llaman los unos ligamentos anteriores, y los otros ligamentos posteriores de la matriz, parece que concurren á fijar el órgano en el puesto que ocupa.

ARTÍCULO IV.

De los vicios de conformacion de las partes genitales internas.

La vagina en ciertas mugeres es tan estrecha que impide el uso del matrimonio. Esta estrechez, que puede ser natural ó accidental, y limitarse á un punto del conducto ó extenderse á toda su longitud, debe remediarse con el uso de la esponja preparada, ó con mechas, cuyo volumen se gradúe diariamente. Ha habido casos en que ha sido necesario desde luego recurrir al instrumento cortante.

En algunos casos la vagina está dividida en dos ó mas cavidades por bridas membranosas, fáciles comunmente de destruir.

Algunas veces las paredes del conducto están exactamente adheridas desde el cuello uterino hasta la abertura de la vulva; y otras la obliteracion solo se halla en la parte superior ó inferior del conducto. Estas adherencias preternaturales pueden ser congénitas, ó producidas por alguna inflamacion. Cuando la vagina está obliterada en toda su longitud, es muy dificil, por no decir imposible, el restablecerla; mas cuando el vicio de conformacion solo se extiende á la parte inferior del conducto, la operacion es sencilla, y tiene ordinariamente buen resultado; debiendo asegurarnos, antes de proceder á ella, de que existe la matriz; sin lo cual se practicaria inútilmente la operacion.

La vagina no se extiende siempre hasta la matriz; algunas veces termina en una extremidad ciega á poca distancia de la vulva; y tambien se la ha visto abrirse en el recto y

en la vejiga; en fin, se ha notado, sin género alguno de duda, que falta en algunas mugeres.

La matriz está algunas veces dividida en dos ó en muchos lóbulos, y puede ser doble, como lo prueba una pieza depositada en los gabinetes de la escuela. Su cavidad en algunas mugeres está dividida en dos estancias por un tabique longitudinal; en otras no existe ningun vestigio de esta cavidad.

Su cuello es susceptible de una prolongacion muy considerable. Gardien cita un caso en que presentaba nueve pulgadas de longitud.

La matriz se abre algunas veces en el recto ó en la vejiga, lo que no siempre lleva consigo la esterilidad; se la ha visto en algunas mugeres abrirse por encima de los pubis; y finalmente puede faltar, como lo prueba un hecho observado hace algunos años en el Hotel-Dieu de París.

Las trompas uterinas pueden estar obliteradas en uno ó mas puntos de su longitud.

Los ovarios están algunas veces mal conformados, y pueden no existir.

Todos los vicios de conformacion de la matriz, de las trompas uterinas y de los ovarios, son generalmente superiores á los recursos del arte.

ARTÍCULO V.

De los hermafroditas.

Las partes de la generacion pueden presentar en la muger, lo mismo que en el hombre, ciertos vicios de conformacion, que ofreciendo la apariencia de los dos sexos reunidos, han inducido á creer en el hermafroditismo.

Asi, por ejemplo, se refieren las observaciones de muchachos que han podido considerarse como pertenecientes al uno y al otro sexo, porque presentaban debajo del pene una hendidura mas ó menos profunda que dividia el escroto en dos partes. Igualmente se han visto niñas que hubieran podido creerse pertenecer á ambos sexos, porque tenian el clítoris muy desarrollado; pero casi siempre un atento exámen de las partes ha hecho conocer bien pronto el verdadero sexo á que correspondian estos individuos.

Sin embargo, es preciso confesar que en algunos casos, raros á la verdad, ha sido muy difícil durante la vida distinguir el verdadero sexo; mas no por eso está menos demostrado en el dia, á pesar de la opinion de Tiedmann, de Meckel y de otros muchos fisiólogos, que no puede haber verdaderos *hermafroditas* en la especie humana.

Sobre este punto se explica de este modo el profesor Richerand en su Fisiología: «El hermafroditismo ó la reunion de
» los dos sexos en un mismo individuo es imposible en el
» hombre, y en la gran familia de los animales de sangre roja.
» ja. Las muchas observaciones que se han hecho no presentan ningun ejemplo bien probado; y todos los hermafroditas que se han podido ver hasta ahora, no eran mas que
» séres mal conformados, cuyos órganos masculinos imperfectamente bosquejados, ó el aparato femenino muy desarrollado, hacian equívoco el sexo. Ninguno de ellos se ha visto
» capaz de engendrar por sí solo un sér que se le parezca. Los
» mas eran inhábiles para la reproduccion; la imperfeccion ó
» la viciosa conformacion de los órganos que para ella sirven,
» los condenaban á la esterilidad.»

ARTÍCULO VI.

De los órganos que sirven para la lactancia.

De las mamas.

Las mamas, que son dos, están situadas en las partes laterales y anterior del pecho. Siendo poco voluminosas en las niñas, toman incremento repentinamente en la edad de la pubertad, y adquieren entonces una firmeza notable, que desaparece despues de la lactancia.

En el vértice de cada mama hay una aréola sonrosada ó morena, de cuyo centro se eleva una pequeña eminencia que se llama el pezon; y en la cual vienen á abrirse los conductos lactíferos (*vasos galactóforos*). El pezon goza de una grande sensibilidad, y entra en una verdadera ereccion cuando es irritado por las succiones de la criatura.

La piel que cubre los pechos es fina y suave al tacto, excepto en el vértice del hemisferio, donde está siempre mas ó menos arrugada.

El tejido celular, que se encuentra debajo de la piel, contiene ordinariamente mucha gordura, y forma por sí solo la mayor parte de los pechos.

La glándula mamaria ocupa el centro de cada órgano, y se encuentra situada entre la capa de tejido celular, de que se acaba de hablar, y el músculo gran pectoral. Su volumen es variable, y no siempre está en proporción con el de la mama. Se compone de muchos lóbulos reunidos por un tejido celular, y formados de otros lóbulos mas pequeños, que pueden, en último análisis, reducirse á granulaciones miliares. Las raicillas de los conductos lácteos toman origen de estas últimas, y se reúnen entre sí para formar troncos que se dirigen hácia el centro de la glándula, y van á terminar á unos senos situados en el centro de la aréola. Estos senos, en número de quince ó veinte, dan origen á nuevos conductos que recorren el pezon, y van á abrirse en su superficie.

Las arterias de los pechos proceden de las mamas internas, de las intercostales, de las axilares y de las torácicas: son poco voluminosas, pero su número es considerable.

Las venas tienen el mismo nombre que las arterias, y tambien son muy numerosas, sobre todo cerca del vértice de las mamas.

Los vasos linfáticos, en número prodigioso, nacen del tejido celular y de los vasos lácteos, para dirigirse hácia las glándulas de la axila, en las que se ramifican.

Los nervios proceden de las ramas intercostales y del plexo braquial; son muy pequeños, y sin embargo los pechos gozan de una grande sensibilidad.

Las mamas están destinadas para la secrecion de la leche.

ARTÍCULO VII.

De los vicios de conformacion de las mamas.

Los conductos excretorios de las mamas pueden estar obliterados, ó faltar enteramente. El pezon puede estar imperforado, ó tambien dejar de existir: el arte no posee ningun medio para remediar estos vicios de conformacion.

Pero el pezon puede ser solamente, ó muy pequeño y corto, ó muy grueso y largo. En el primer caso, las succio-

nes hechas algun tiempo antes del parto, ó inmediatamente despues, pueden ser suficientes para dar al pezon las dimensiones deseadas; pero el medio que nos parece debe emplearse con mejor éxito, es la introduccion muy reiterada del pezon en el cuello de una redoma que se haya sumergido antes en agua caliente.

El aire contenido en ella, mas enrarecido que el aire exterior, hace que el pezon experimente al instante un desarrollo siempre muy notable.

En el segundo caso, el pezon no puede introducirse sino con dificultad en la boca de la criatura, y entonces siempre son las succiones en extremo dificiles, si no imposibles. Por otra parte, cuando las mugeres tienen el pezon asi desarrollado, sucede con frecuencia que la leche se derrama continua y espontáneamente al exterior, y la criatura no encuentra ya en la madre con qué proveer á sus necesidades. Entonces es necesario sostenerla con leche de vacas ó de cabras. Hollier vió una muger en que era doble uno de los pezones.

Mr. Nauche dice en su obra sobre las enfermedades propias de las mugeres, que el pezon está algunas veces doblado, y aplicado de tal modo sobre el pecho, que no pueden ponerse al descubierto los orificios de los conductos lácteos.

Las mamas están situadas alguna vez en el medio del pecho.

Su excesiva pequeñez impide la secrecion de la leche, ó hace que sea demasiado escasa; su volúmen excesivo, sobre todo cuando proviene de una acumulacion de gordura, perjudica á la lactancia. Entonces sale de estos órganos una leche poco abundante, muy espesa y de dificil digestion (Mr. Nauche).

Por último, las mamas pueden ser tres, cuatro, y aun cinco, ó faltar enteramente.

SECCION SEGUNDA.

De la fisiologia de los órganos de la generacion,

CAPÍTULO PRIMERO.

ARTÍCULO PRIMERO.

DE LA MENSTRUACION.

Se da este nombre á la evacuacion de sangre que se efectúa por los órganos genitales de la muger desde la pubertad hasta la edad crítica.

La evacuacion se repite todos los meses en la mayor parte de las mugeres, exceptuando el tiempo de la preñez y el de la lactancia.

De todas las funciones propias del sexo, esta es la primera que se manifiesta. Sin embargo, conviene advertir que hay mugeres en quienes nunca se ha visto la menstruacion; circunstancia que lleva consigo comunmente la esterilidad.

Epoca del primer periodo menstrual. El clima, la constitucion y el género de vida de las mugeres, son otras tantas causas que hacen variar la época del primer periodo menstrual.

En Francia, en España, y en los demas paises templados, empiezan las jóvenes á menstruar hácia la edad de 12 á 15 años; en los paises muy cálidos entre 8 y 10 años (1); y en los paises muy frios hácia los 19 ó 20.

Las mugeres de una constitucion débil ó sanguínea, lo mismo que las que son de un temperamento bilioso ó nervioso, tienen generalmente antes la regla que las que gozan de una constitucion fuerte, ó son de un temperamento linfático.

Las que viven en la molicie, en el lujo y en medio de todos los placeres, tienen mucho antes la regla que las que viven tranquilas y libres de pasiones. El régimen influye tambien de un modo muy notable en la época de la primera menstruacion; asi el regalo y el uso habitual de los exci-

(1) No es raro ver en estos paises niñas que tienen la regla desde los primeros meses de su existencia.

tantes, como el café, el vino puro y los licores espirituosos, aceleran de seguro la primera aparicion del flujo menstrual.

Causas de la menstruacion. Son enteramente desconocidas, y sin razon se han mirado como tales la influencia de la luna, la plétora general, la de la matriz, &c.

La regla parece ser el *stimulus* propio de los órganos de la generacion, puesto que las mugeres que se encuentran privadas de ella, son generalmente ineptas para la reproduccion.

Signos de la primera aparicion de las reglas. Cuando está á punto de presentarse la regla por primera vez, los órganos genitales toman un incremento repentino y muy notable: el monte de Venus y los grandes labios se cubren de un ligero vello. Los pechos se desarrollan y se ponen dolorosos: sus aréolas toman un color mas obscuro. Se experimenta en la pelvis una sensacion de calor y de peso; hay retortijones en la matriz, y se sienten tiranteces dolorosas en los riñones, en las ingles y en los muslos. Una laxitud general reclama el descanso. La circulacion padece un desórden mas ó menos notable; el pulso se hace frecuente, irregular, y á veces intermitente. Hay una congestion bien manifiesta hácia las partes superiores; las mugeres se quejan de bochornos, de dolores y pesadez de cabeza, de vértigos y zumbido de oidos: la cara se cubre de manchas rojas ó de muchos granos, que se manifiestan tambien algunas veces en otras regiones del cuerpo; los ojos pierden su brillo, se hunden, y aparece en su rededor una aréola azulada; en ocasiones se presentan epistaxis mas ó menos abundantes; la respiracion es frecuentemente dificil y suspirosa, y la voz mas ronca que de ordinario. Las funciones digestivas se alteran ó se depravan; las secreciones son mas abundantes. Muchas veces las mugeres están irascibles, melancólicas, inquietas y medrosas.

Despues de estos numerosos sintomas se presenta bien pronto por las partes de la generacion un flujo, al principio seroso, despues puramente sanguíneo, y últimamente seroso.

Luego que la sangre ha empezado á fluir, desaparecen, por lo regular, la mayor parte de los síntomas enunciados,

y se restablece la salud de la muger, hasta que sobreviene un nuevo periodo. Sin embargo, conviene observar que en algunas mugeres la aparicion de las reglas no se anuncia por ningun síntoma.

Periodicidad de los ménstruos. Al primer período de la regla no siempre sigue inmediatamente el segundo, y pasa algunas veces mucho tiempo antes que éste se manifieste, pero una vez bien establecida la menstruacion, aparece ordinariamente todos los meses. No es raro, sin embargo, encontrar mugeres que tienen la regla dos veces al mes, y otras solo cada seis semanas, ó tambien cada dos ó tres meses. En general los períodos son tanto mas inmediatos cuanto las mugeres habitan un clima mas cálido, y se entregan mas á los manjares regalados, y á los placeres del amor. Se citan algunas que no han tenido el flujo ménstruo sino durante el tiempo de su preñez.

Duracion de cada período. Varía segun el clima, el temperamento de las mugeres, y su género de vida; lo mas frecuente es que dure tres ó cuatro dias, aunque no es raro ver prolongarse el flujo por espacio de ocho, diez, y aun quince dias.

Cantidad de sangre que pierden las mugeres en cada período. Algunos autores la han valuado en cuatro, seis ú ocho onzas, y otros en muchas libras; pero es evidente que nada puede haber de fijo en este punto. En general las mugeres de los países cálidos, las que tienen una vida regalada, y se entregan á los placeres, pierden mucha mas que las que se encuentran en circunstancias opuestas.

Cualidad de la sangre menstrual. Esta sangre es semejante á la que podria salir por cualquiera otra parte del cuerpo, y con muy poca razon la han considerado los antiguos como impura y con calidades malélicas. Si en algunas circunstancias parece que la sangre menstrual se aparta de su naturaleza, estas son raras, y proceden siempre de enfermedades, ó de su permanencia por mucho tiempo en la vagina.

Sitio de la menstruacion. La sangre procede mas generalmente de la cavidad del cuerpo de la matriz; sin embargo, algunas veces sale al mismo tiempo de su cuello, y aun del

interior de la vagina, lo cual explica cómo la regla puede continuar los primeros meses de la preñez, y aún por todo el tiempo de ella.

¿Y qué vasos suministran la sangre de la regla?

Esta es una cuestion muy difícil de resolver, y sobre la cual están los autores muy distantes de convenir; pero siempre parece que la sangre sale de los capilares por exhalacion, como acontece en ciertas hemorragias.

Sitio accidental de la menstruacion. Cuando por cualquiera causa hay dificultad ó impedimento en el curso de la regla, experimenta esta algunas veces una deviacion, y es reemplazada por hemorragias del estómago, ó de los pulmones, otras veces de la nariz, del ano, &c. M. Gardien refiere haberse observado en una jóven de la Salitreria un gran número de deviaciones.

La primera vez tuvo su regla por unas pequeñas úlceras que tenia en las piernas.

La segunda por unos granos que se habian desarrollado en su brazo izquierdo.

La tercera por un panadizo en el dedo pulgar izquierdo.

La cuarta por dos llagas, situadas la una en el ángulo nasal del ojo izquierdo, y la otra en el párpado superior.

La quinta por el ombligo.

La sexta por el maleolo interno izquierdo.

La séptima por el oido del mismo lado.

Y cuando cesó de salir la sangre por estos diferentes sitios, sobrevinieron hemorragias nasales y hematemesis.

Evacuaciones suplementarias. Ciertas mugeres que nunca han tenido la regla, ó que han dejado accidentalmente de tenerla, padecen todos los meses una diarrea que dura muchos dias; otras un flujo blanco por la vagina, y otras en fin erupciones en la piel.

Cesacion de los ménstruos. Esta época se halla generalmente en relacion con la del primer período, porque se observa que la regla cesa temprano cuando se manifestó mas pronto que de ordinario, y *vice-versa*. Sin embargo, se puede fijar de un modo general su cesacion entre los 45 y 50 años. Hay sin duda excepciones, puesto que se citan mugeres que han menstruado hasta los 60, 70, y aún 80 años;

pero estos casos no se han presentado sino muy raras veces.

Cuando la menstruacion está á punto de cesar se hace generalmente muy irregular; unas veces es mas frecuente el flujo, y otras se retarda muchos meses. Los períodos no tienen ya la misma duracion que antes; tampoco es la misma la cantidad de sangre; y por último, llega el momento en que cesa enteramente la evacuacion.

Esta época, que se llama vulgarmente la *edad crítica*, va acompañada algunas veces de desarreglos mas ó menos graves en la economía; pero en muchas mugeres cesa el flujo sin dar lugar á la menor incomodidad.

ARTÍCULO II.

De la fecundidad.

Una vez establecida la menstruacion, las mugeres se hallan generalmente aptas para ser fecundadas. Se refieren, es verdad, algunas observaciones que tienden á probar que ha podido verificarse la fecundacion antes de establecerse la regla, ó despues de haber cesado, pero estas excepciones son muy raras, y no pueden debilitar la ley comun.

La aptitud para la fecundacion supone en general que las partes de la generacion estan bien conformadas; si bien muchas mugeres han podido concebir apesar de hallarse viciada la conformacion de sus partes genitales.

ARTÍCULO III.

De la esterilidad.

La esterilidad es la falta de aptitud en las mugeres para concebir y llegar á ser madres.

Sus causas son dificiles de establecer, sobre todo si las partes están bien conformadas. La mayor parte de los vicios de conformacion de los órganos genitales, ciertas enfermedades de la matriz, de las trompas ó de los ovarios, la falta de la regla, &c., nó siempre han impedido que se efectuase la fecundacion. Por consiguiente, no pueden mirarse en realidad como causas de la esterilidad sino la total obstruccion

de la vagina, la del orificio de la matriz, ó la falta de alguna de las partes esenciales á la generacion.

ARTÍCULO IV.

De la generacion.

La generacion es aquella funcion por la cual se reproducen los séres vivientes: en la especie humana es siempre el resultado de la union de los dos sexos.

Su mecanismo ha excitado en todos tiempos la curiosidad de los fisiólogos; pero apesar de las muchas investigaciones que se han hecho hasta el dia, no se ha podido descorrer el velo completamente.

Al principio solo se consideraron los ovarios de la muger como unos órganos encargados de la secrecion de un licor prolífico semejante al del hombre, y se creyó que la formacion del feto era resultado de la mezcla de uno y otro semen. Pero este sistema, que era el de Hipócrates, Empedocles, Galeno, &c., no lo entendieron todos de la misma manera: los unos creyeron que el semen de la muger no necesitaba mas que ser vivificado por el del hombre para tomar la forma de feto: otros imaginaron que en la mezcla de uno y otro semen sucedia alguna cosa análoga á lo que se observa en la cristalizacion de las sales.

Pero estos diferentes sistemas de los seministas carecian de todo fundamento, porque los ovarios no segregan ningun esperma, y el licor que arrojan ciertas mugeres en el momento de la cópula, no es otra cosa que mucosidades procedentes de las glándulas de la vagina.

Posteriormente se consideraron los ovarios como unos receptáculos de verdaderos huevos que, despues de haber sido fecundados por el semen del macho, se hinchaban y rompian su cubierta para dirigirse á la matriz, pasando por el conducto de las trompas. Este sistema es el que domina en el dia, sin que se sepa con precision en qué parte del semen del hombre se encuentra el principio fecundante.

Despues de esto descubrió Leuwenöck en el semen del macho, con el auxilio del microscopio, muchos millones de animalillos que en la época del celo se movian con mucha

vivacidad. Desde entonces los huevos contenidos en los ovarios no se consideraron ya sino como otras tantas vesículas destinadas á recibir estos animalillos. Faltaba explicar cómo un número tan grande de individuos no daba las mas veces origen mas que á un solo feto: y se creyó cortar la dificultad, diciendo que estos pequeños séres tenian entre sí, dentro de la matriz, un combate de muerte, y que el vencedor de todos entraba solo en el ovario.

Otros muchos sistemas se han establecido tambien para explicar el mecanismo de la generacion, pero solo han servido para demostrar la profundidad del misterio que cubre esta funcion importante.

ARTÍCULO V.

De la concepcion.

La concepcion, segun Baudelocque, es la union que se efectua en el seno de la muger de los principios necesarios para la formacion de la criatura y de sus dependencias.

Se cree generalmente que se verifica en los ovarios; pues muchos hechos confirman esta opinion.

Signos de la concepcion. Ninguno de los que se han indicado puede hacer conocer si la muger acaba de concebir. Efectivamente, ¿qué crédito debe darse á ese espasmo, á ese temblor interior, á esa sensacion de placer, á esas numerosas mudanzas de la cara, del cuello, de la voz, &c.? Prescindiendo de que estos signos son comunes á otros estados de la muger, se han observado tambien mas de una vez en ocasiones en que á la cópula no habia seguido la fecundacion.

CAPÍTULO II.

DE LA PREÑEZ.

Definicion. Se dá generalmente el nombre de preñez al estado de la muger que ha concebido, y lleva en sí el producto de la concepcion.

Este estado dura hasta el parto, que se verifica comunmente al cabo de nueve meses, algunas veces antes de este tiempo, y otras despues.

Se divide generalmente la preñez en *verdadera* y en *falsa*. La primera la constituyen uno ó mas fetos; y la segunda afecciones que, produciendo el incremento de la matriz y del vientre, simulan hasta cierto punto la verdadera preñez. Pero, como observa un autor recomendable, el nombre de falsas preñeces de ningun modo conviene á estas afecciones, cada una de las cuales debe designarse con la denominacion que la es propia.

La verdadera preñez, con relacion al sitio que ocupa, puede dividirse en *uterina*, *extra-uterina*, y *mixta* (1).

ARTÍCULO PRIMERO.

De la preñez uterina.

Se llama así la que tiene su asiento en la cavidad del útero.

Es *simple* cuando no hay mas que su feto; *compuesta* cuando hay varios; y *complicada* cuando la matriz contiene, ademas del feto, una gran cantidad de agua, una mola, un polipo, hidatides, &c.

A. *Signos de la preñez uterina.*

Pueden dividirse en *racionales* y en *ciertos*.

Los signos racionales son muchos, y pueden distinguirse en *locales* y en *generales*.

Los primeros se deducen de la supresion de las reglas y de los cambios que sobrevienen por parte de los órganos genitales y del vientre.

Los segundos provienen de los diferentes desarreglos que ocasiona en la economía el influjo simpático que ejerce la matriz sobre los demas órganos.

B. *Signos racionales.*

§. I. *Supresion de las reglas.*

Lo mas general es que se suprima la regla luego que la muger está embarazada; pero como esta supresion puede de-

(1) En la preñez mixta el feto está situado en el espesor de las paredes del útero.

pender de cualquiera otra causa, es de poca importancia en el diagnóstico de la preñez.

Por otra parte, la presencia de las reglas no puede considerarse como una prueba de la vacuidad de la matriz, pues que en algunas mugeres puede continuar el flujo durante toda la gestacion.

§. II. Cambios en la matriz y en el vientre.

El desarrollo de la matriz y del vientre basta, en el mayor número de casos, para establecer fuertes presunciones en favor de la preñez, sin embargo, este doble fenómeno solo debe colocarse entre los signos racionales, porque es comun á la preñez y á muchas enfermedades.

Los cambios que experimenta la matriz son relativos á su volúmen, forma, situacion, direccion, textura y propiedades.

1.º *Cambios relativos al volúmen.* Luego que se ha efectuado la concepcion, se aumenta el volúmen de la matriz, y su incremento, lento al principio, se hace en seguida muy rápido; de modo que al fin de la preñez su diámetro longitudinal es de cerca de doce pulgadas, el transversal de nueve, y el antero-posterior de ocho y media.

2.º *Cambios relativos á la forma.* En los primeros meses de la preñez conserva la matriz su forma triangular; contando desde el tercero, su cuerpo se hace esferoideo; en fin, hácia el sexto mes el órgano se prolonga, y toma una forma ovoidea. Desde esta época empieza el cuello á experimentar mutaciones muy notables; se reblandece, pierde gradualmente su longitud, y se dilata. Al fin de la preñez ha desaparecido enteramente, y ya no se halla en el sitio que ocupaba sino una abertura, mas ó menos ancha, cuyos bordes presentan generalmente poco espesor.

3.º *Cambios relativos á la situacion.* Cuando la matriz está ocupada con el producto de la concepcion, sufre al principio una depression mas ó menos notable; pero luego se vuelve á elevar, y adquiere nuevas relaciones con las partes que la rodean.

Pasados los tres primeros meses, su fondo corresponde al borde saliente del estrecho superior de la pelvis; á los

cuatro meses sobresale por encima de este estrecho de dos á tres pulgadas; á los cinco se la encuentra á tres dedos debajo del ombligo; á los seis meses un poco más arriba; á los siete en la parte inferior de la region epigástrica, y á los ocho hácia la parte superior de esta misma region. Durante el noveno mes no se eleva ya el fondo de la matriz; al contrario desciende casi siempre, y este fenómeno es tanto mas perceptible, cuanto mas se acerca la época del parto.

Pero la matriz no siempre se eleva de un modo tan regular como acabamos de decir: por ejemplo, cuando las paredes del vientre se han dilatado mucho por efecto de preñeces anteriores, ó por hidropesías, parece que el útero se ensancha á expensas de su longitud; y en este caso puede suceder que el fondo del órgano no pase arriba del ombligo al fin del noveno mes. Importa mucho advertir esta particularidad, para evitar toda equivocacion cuando se trata de determinar la época de la preñez.

4.º *Cambios relativos á la direccion.* Cuando se eleva la matriz debería seguir naturalmente la direccion del eje del estrecho superior; pero no es así, y siempre por el contrario se inclina el órgano hácia adelante, á la derecha, á la izquierda, ó hácia atras de este eje, lo que da lugar á las *oblicuidades*.

La oblicuidad anterior es una de las mas frecuentes, y está caracterizada por la prominencia del vientre hácia adelante, y por la presencia del cuello uterino hácia atras. Sus causas son la flojedad de las paredes abdominales, la inclinacion de la pelvis hácia adelante, y la eminencia de la columna lumbar.

La oblicuidad lateral derecha todavía es mas frecuente que la anterior; y está caracterizada por la prominencia del vientre en el lado derecho, y por la presencia del cuello uterino en el izquierdo. Disienten mucho los autores sobre las causas que la determinan: unos creen que debe atribuirse á la acumulacion de materias fecales muy duras en el recto, que se halla á la izquierda; otros á la insercion de la placenta, que segun ellos se verifica siempre á la derecha; otros á los estirones del ligamento redondo correspondiente, que suponen mas fuerte que el del lado opuesto; otros, en fin, á la cos-

tumbre que tienen las mugeres de écharse sobre el lado derecho, &c. &c. Pero todas estas causas están sujetas á contestacion.

La oblicuidad lateral izquierda es rara, y sus causas son desconocidas. Por lo demas, está caracterizada por la eminencia del vientre á la izquierda, y por la presencia del cuello uterino á la derecha.

La oblicuidad posterior se verifica siempre que las paredes abdominales, por su resistencia, obligan á la matriz á elevarse paralelamente á la columna vertebral, es decir, por detras del eje del estrecho superior. El vientre está entonces poco elevado, y el cuello uterino se halla situado detras de los pubis. Lo que hemos dicho de la situacion del cuello, relativamente á las oblicuidades, puede tener algunas excepciones; asi Levret, Baudelocque y otros dicen haberle encontrado dirigido hácia el mismo lado que el fondo del órgano.

Cuando la matriz se inclina á la derecha ó á la izquierda, experimenta sobre sí misma un movimiento de rotacion, el cual hace que uno de sus bordes se dirija hácia adelante y el otro hácia atras. El izquierdo es el que se inclina hácia adelante en la oblicuidad lateral derecha, y *vice versa*.

Importa notar esta circunstancia cuando se trata de practicar la operacion cesárea.

5.º *Cambios relativos á la textura.* Estos cambios comprenden el color, el espesor, la densidad y todo lo que tiene relacion con el desarrollo de las membranas, de las arterias, venas, vasos linfáticos y nervios.

Color. La matriz, que en el estado de vacuidad es de color blanquecino, se vuelve durante la preñez de un rojo subido: lo que se explica por la abundancia de sangre que entonces recibe.

Espesor. Al principio de la preñez es mas considerable que en el estado de vacuidad. Á los cuatro meses es lo mismo con poca diferencia. Hácia el fin de la preñez el sitio, que corresponde á la insercion de la placenta, es mas grueso que de ordinario; conservando el resto del cuerpo su espesor natural. El cuello es el único que ha tenido un adelgazamiento perceptible. Sin embargo, como dice Desormeaux, las paredes de la matriz pueden ser menos gruesas que lo que

son comúnmente, cuando han experimentado una extensión desmesurada.

Densidad. Tan pronto como se ha verificado la concepción, se reblandece la matriz, y este cambio se va notando mas segun que se adelanta la preñez. Este fenómeno consiste evidentemente en que el órgano recibe entonces muchos mas líquidos que en el estado de vacuidad.

La membrana peritoneal se prolonga, sin adelgazarse, á medida que se aumenta el volúmen de la matriz; los ligamentos anchos desaparecen en parte, y sus láminas se separan para aplicarse á la matriz.

La membrana media, que también se llama tejido propio, se reblandece y toma un color rojo muy obscuro; las fibras que la componen presentan entonces todos los caracteres mas bien marcados de los músculos: siguen toda suerte de direcciones, y forman planos, bastante claros ordinariamente.

La membrana mucosa se vuelve roja, se extiende y se despliega; los folículos mucosos que contiene aumentan de volúmen, y segregan en mayor cantidad sobre todo hácia el cuello.

El tejido celular se reblandece y desarrolla de una manera muy notable; sus fibras se prolongan y sus aréolas adquieren mayor diámetro.

Las arterias se hacen menos tortuosas á medida que el órgano toma incremento, y su calibre se aumenta de un modo muy perceptible; pero es una exageracion el decir que en algunas mugeres presentan al fin de la preñez un volúmen tres ó cuátro veces mas considerable que en el estado de vacuidad.

Las venas experimentan los mismos cambios aunque en mayor grado. Llega á ser tan grande su dilatacion en el sitio que corresponde á la placenta, que algunas de ellas podrian recibir la extremidad del dedo pequeño. Tal vez algunos anatómicos han dado sin razon el nombre de senos á estas dilataciones venosas.

Los vasos linfáticos, cuyo número es prodigioso, adquieren tambien un desarrollo muy considerable; se han visto algunos, cuyo calibre era igual al de una pluma de ganso.

Los nervios, segun Hunter, Baudelocque, Madama Boivin

y la mayor parte de los autores, aumentan también sensiblemente de volúmen.

6.º *Cambios en las propiedades.* Como la matriz recibe mas sangre que la regular, y siendo sus nervios mas voluminosos y su nutrición mas activa, se concibe que debe gozar durante la preñez de una exquisita sensibilidad: siendo por otra parte susceptible de contracciones muy enérgicas; propiedad que debe á los cambios que han sobrevenido en su tejido propio.

¿Pero cuáles son las causas que obligan á la matriz á dilatarse desde luego que contiene el producto de la concepción? Sin referir aqui todas las hipótesis formadas por los autores, nos atendremos á lo que hay de mas probable en este punto, y diremos con Desormeaux que "dos causas obran de concierto para producir el desarrollo del útero, á saber: la turgescencia de sus paredes y la acción dilatante del huevo; la primera es mas eficaz al principio de la preñez; pero hácia el fin predomina la otra."

§. III. Fenómenos generales.

La estrecha simpatía que existe entre la matriz y el resto de la economía, explica fácilmente los desórdenes que sobrevienen en la mayor parte de las mugeres luego que están embarazadas; pero estos desórdenes, por muchos que sean, no indican nada de positivo sobre la preñez, porque pueden serle totalmente extraños; en efecto, basta que el útero ó sus dependencias sean el asiento de una afección cualquiera, para que se manifieste la mayor parte de ellos.

Digestion. Muchas mugeres, luego que han concebido, padecen inapetencias, náuseas, eructos, vómitos, diarrea ó astricciones de vientre. Algunas tienen un apetito insaciable, y no gustan sino de un solo alimento: otras solo apetecen sustancias mas ó menos nocivas, ó que no sirven ordinariamente de alimento, como la tierra, la greda, el yeso, el carbon, la sal, la pimienta, el vinagre, los limones, las arañas, &c. Mr. Capuron refiere que una muger comió mas de mil y cuatrocientos arenques salados durante el tiempo de su preñez; y que otra se empeñaba en que la diesen á comer el hombro de un panadero que habia visto de paso. Yo asis-

tí á una señora en la calle de Boucheries-Saint-Germain, número 3, que bebia cada día, sin experimentar ninguna incomodidad, una botella entera de aguardiente de Cognac.

La mayor parte de estos fenómenos cesan por lo comun hácia el tercero ó cuarto mes de la preñez.

Secreciones. Las malas digestiones de las mugeres embarazadas, y las manchas morenas que se manifiestan en su piel, deben atribuirse al desórden que sobreviene en la secrecion de la bilis. La saliva es por lo comun muy abundante, y en muchos casos hay un verdadero ptialismo. Las orinas son casi siempre mas claras, y algunas veces sedimentosas (1).

Las partes genitales están con frecuencia inundadas de mucosidades, se aumenta el volúmen de los pechos, y se hacen mas sensibles; se alarga el pezon, y toma, asi como la aréola que le rodea, un color mas obscuro; entonces se ve correr del órgano al principio un líquido viscoso y transparente, y despues una materia enteramente semejante á la leche.

La respiracion es algunas veces difícil, corta y oprimida, y como entrecortada por algunos suspiros. Ciertas mugeres se ven atormentadas por una tos seca, continua, y frecuentemente convulsiva. El metal de la voz se halla mas ó menos alterado.

La circulacion no siempre experimenta cambios muy notables. Sin embargo, el pulso es algunas veces frecuente y vivo, lleno y duro; y otras lento, débil é irregular. En algunas mugeres la sangre se dirige con violencia hácia ciertas partes del cuerpo, de lo que proceden diferentes hemorragias. La sangre extraida de las venas se cubre ordinariamente de una costra blanquecina como en las enfermedades inflamatorias: el coágulo que forma es voluminoso y consistente.

La nutricion parece que es menos activa al principio de la preñez, pero despues llega á serlo mas, y muchas mugeres gozan entonces de la mas completa salud: otras, en me-

(1) Segun Mr. Nauche la orina de las mugeres embarazadas suelta en todas las épocas una materia que tiene todas las apariencias de leche.

nor número, caen en una languidez que al parecer las va consumiendo cada día.

La locomoción raras veces se desarregla al principio de la preñez; sin embargo, hay mugeres que al instante que se hacen embarazadas experimentan una aversión manifiesta á toda especie de movimiento, y solo suspiran por el reposo.

Facultades intelectuales y sensoriales. Tal vez se ha exagerado el influjo de la preñez sobre estas facultades; sin embargo, se puede decir con verdad que algunas mugeres, cuando estan en cinta, tienen la inteligencia mas débil, el juicio menos firme, la imaginación mas movible, mas dispuesta á alterarse, y la voluntad mas veleidosa. Otras, no tantas, manifiestan durante su preñez mas fuerza y mas elevación en sus ideas; y hay algunas que en cierta época estan privadas del juicio.

Lo moral no está siempre exento de modificaciones; pues algunas mugeres manifiestan cierta inclinación á la tristeza, á los celos, al odio y á la crueldad, y otras no pueden resistir á la tentación de robar los objetos que hallan á la mano. Yo he asistido á una señora muy rica, que siempre que iba á comer á la ciudad, se traía en el bolsillo el cubierto de plata con que había comido.

Los sentidos externos son tambien susceptibles de varios desórdenes. Pueden estar mas ó menos desarrollados que de costumbre, pervertidos, ó abolidos.

§. IV. Fenómenos debidos á la acción mecánica del útero.

Cuando la preñez está muy adelantada, el útero llena la cavidad abdominal, comprime fuertemente con especialidad lo que le rodea, y produce de este modo muchas mutaciones en el estado de las partes, y perturbaciones notables en las mas de las funciones.

Los intestinos, empujados por todas partes, se precipitan con frecuencia al través de las aberturas naturales de las paredes abdominales, ocasionando verdaderas hernias: estas dislocaciones son tanto mas fáciles, cuanto dichas aberturas adquieren sucesivamente mas anchura que la que tenían anteriormente.

El estómago, el hígado y el diafragma, comprimidos de abajo á arriba por el útero, que cada día se eleva mas; ya no ejercen sus funciones sino de un modo muy imperfecto; y entonces es cuando principalmente sobrevienen desórdenes, mas ó menos notables, en el corazon y en los pulmones.

Los ligamentos anchos desaparecen por grados, y cuando la matriz está enteramente desarrollada, su borde superior se halla como unido á sus partes laterales, lo mismo que los ligamentos redondos, las trompas y los ovarios, que tambien han adquirido un aumento muy considerable.

La vagina, estirada por la matriz, se prolonga y estrecha á medida que se eleva el órgano; pero á lo último de la preñez, cuando el cuello se ensancha y desaparece, su parte superior se dilata de un modo muy notable.

La vejiga se eleva mucho por encima de los pubis, y no se extiende sino incompletamente, lo que hace que las mugeres tengan con frecuencia necesidad de orinar.

El conducto de la uretra, arrastrado tambien por el útero, cambia su direccion, y llega á estar casi perpendicular; su orificio vuelve á entrar entonces mas ó menos en el interior de la pelvis, lo que hace que el cateterismo sea siempre difícil de ejecutar.

Las paredes del abdómen se desarrollan por grados, y á lo último de la preñez padecen rasgaduras mas ó menos considerables, que mas comunmente se limitan á la piel, pero que algunas veces tambien se extienden á los músculos y á las aponeurosis. Asi, no son raras las mugeres en quienes la línea blanca presenta una separacion de muchas pulgadas; los intestinos forman entonces en medio del vientre, é inmediatamente debajo de la piel, un tumor oblongo que casi siempre es necesario sostener con un vendaje á propósito. Yo he asistido á muchas señoras que se hallaban en este caso; y hace muy poco tiempo que he tenido ocasion de hacer observar á mis discípulos una pobre muger que padecia una de las mayores eventraciones que se pueden encontrar.

Las digestiones vuelven á ser lentas y difíciles, y muchas veces las mugeres padecen vómitos rebeldes; fenómenos que se deben atribuir á la presion que ejerce el útero en el estómago.

La respiración es tanto mas penosa cuanto es mas considerable la subida del diafragma.

La circulación, por consecuencia de las presiones que ejerce el útero en los vasos de la pelvis, llega á ser muy difícil, y de aquí provienen el edema y las varices de los miembros inferiores, la infiltracion de las partes genitales y las hemorroides.

La locomoción experimenta tambien algunas veces perturbaciones muy notables: así, el reblandecimiento y la movilidad de las articulaciones llegan en algunas mugeres hasta el extremo de imposibilitarlas para andar y para estar de pie. Madama Boivin dice haber observado entre los pubis una separacion de dos, cuatro, ocho, doce y mas líneas; pero estos casos son en extremo raros.

C. Signos ciertos de la preñez.

Se consideran como tales; 1.º los movimientos activos del feto; 2.º sus movimientos pasivos, ó á manera de pelota; 3.º las pulsaciones de su corazon; 4.º las de la placenta.

§. I.

Los movimientos activos del feto no solamente dan á conocer que la muger está en cinta, sino tambien que la criatura está viva. Por lo general se perciben con mucha distincion hácia el cuarto ó quinto mes de la preñez (1). Antes de esta época no ha adquirido el sistema muscular bastante desarrollo para permitir enérgicas contracciones, y la fuerza de estos movimientos es respectiva por otra parte á la edad y sanidad del feto.

Los movimientos activos, despues de haberse verificado por algun tiempo, pueden cesar para no volver á presentarse, sin que por esto haya dejado de vivir la criatura; pero es preciso convenir en que estos casos son muy raros: y algunas mugeres no han sentido moverse la criatura en ninguna época de su preñez, y sin embargo estaba llena de vida

(1) Bau leloque dice haber asistido á mugeres que no han observado estos movimientos sino despues de cinco, seis y aun siete meses.

y de salud, de lo cual citan algunos ejemplos Levret y Baudeloque.

Algunas veces se consigue excitar los movimientos del feto dando á la matriz un ligero sacudimiento con la mano puesta en el vientre de la muger.

§. II.

Los movimientos pasivos, ó á manera de pelota, que se verifican cuando se toca á la muger, no dejan ninguna duda sobre el estado de su preñez; pero como puede haberlos lo mismo estando la criatura muerta que estando viva, nada nos enseñan acerca del estado de ésta última.

Tambien hácia la mitad del tiempo de la preñez se perciben mejor estos movimientos. Antes de este tiempo no tiene el feto bastante peso ni bastante volúmen para que pueda probarse su existencia. Para que el movimiento á manera de pelota sea perceptible, es necesario que la matriz haya adquirido cierto desarrollo, y que la bolsa formada por las membranas epicorion, corion y amnios contenga mucha agua; tambien es indispensable que la criatura se presente por la cabeza ó por las nalgas, y que su peso sea bastante considerable. Es claro, que en circunstancias opuestas no habria dicho movimiento.

El modo con que se debe proceder en este caso es el siguiente:

Estando la muger de pie, apoyada la espalda en un plano sólido, y abiertos medianamente los muslos, se introduce en el interior de la vagina el índice de una mano, teniendo cuidado de aplicar la yema del dedo á la parte de la matriz que está mas en declive, porque allí reposa la extremidad del feto que se dirige hácia abajo (1). La otra mano debe ponerse en el vientre de la muger, á fin de mantener el fondo del útero al tiempo que se dé el sacudimiento necesario para mover de su lugar á la criatura.

Dispuesto de este modo el comadron, levanta por un cor-

(1) Se conoce esta extremidad, sobre todo cuando es la cabeza, por un tumor voluminoso, duro y redondeado, colocado inmediatamente detrás de los pubis, en el cual conviene poner el dedo.

to pero fuerte movimiento la parte inferior de la matriz, teniendo cuidado de que su índice quede siempre aplicado al órgano.

La criatura, cediendo al impulso que ha recibido, se eleva hasta la mitad de las aguas del amnios; pero como pesa mas que ellas, vuelve á caer bien pronto sobre el dedo que la habia elevado, produciendo el choque conocido con el nombre de bote de pelota.

Para que este choque se conozca mejor, aconsejan algunos autores que se comprima la matriz de arriba á abajo inmediatamente despues de haberla comprimido de abajo á arriba; pero esta precaucion es inútil por lo comun, y casi siempre basta levantar el órgano por la vagina para obtener el bote con mas seguridad.

§. III.

Las pulsaciones del corazon del feto, lo mismo que los movimientos activos, no solamente dan á conocer que hay embarazo, sino tambien que vive la criatura. Estas pulsaciones son dobles, y tan precipitadas que es imposible no conocerlas; por otra parte, no hay ningunos isocrones en el pulso de la madre. Se les compara con bastante exactitud á los de una muestra puesta debajo de las almohadas de la cama.

Casi nunca se puede percibir este signo importante sino hácia la mitad del tiempo de la preñez, y aun entonces son necesarias ciertas condiciones en la criatura y en la matriz. Así, siempre que su espalda se dirige hácia la ingle izquierda ó hacia la ingle derecha de la madre, ó tambien directamente hácia adelante, se perciben las pulsaciones casi siempre con mucha facilidad; pero en los casos opuestos es sumamente difícil, por no decir imposible, el encontrarlas. La experiencia ha demostrado tambien que la existencia de una gran cantidad de agua en la matriz las hace algunas veces muy confusas.

El punto del abdómen en que se perciben mas ordinariamente estas pulsaciones es la region media y lateral izquierda; porque en la primera diagonal del vértice, que es la mas frecuente de todas, la espalda de la criatura corresponde á esta region.

Si el feto estuviere colocado en la segunda diagonal, se percibirán las pulsaciones en el punto diametralmente opuesto.

La muger, durante el examen, puede estar de pie ó echada; á mi me parece que es mejor que esté de pie.

Si el comadron acostumbra á usar del estetoscopio puede servirse de él para estas investigaciones; pero si no, es mejor que aplique el oido inmediatamente sobre el vientre. Yo me he servido algunas veces con utilidad del *metroscopo* de Mr. Nauche, el cual es una especie de tubo encorvado, de cuyas extremidades se aplica una inmediatamente á la matriz por la vagina, y otra á la oreja del comadron.

Mr. Bodson piensa que el aplicar el oido al vientre de una muger embarazada, podria servir tambien de guia en ciertos casos, en que no siempre es facil saber si conviene operar ó no.

Por ejemplo, si por medio del oido se llegase á conocer que la circulacion fetal es bastante regular, y que la criatura no corre ningun peligro, se podria diferir una maniobra, que sin estas circunstancias se creyese indispensable. Pero en otro caso, si por el oido se conoce que las pulsaciones del corazon del feto son débiles, irregulares y próximas á extinguirse, el comadron deberá entonces apresurarse á terminar el parto á fin de salvar la criatura, si todavía es tiempo.

§. IV.

Las pulsaciones de la placenta se contaban hasta estos últimos tiempos en el número de los signos ciertos de la preñez; pero en el dia, que hechos bien auténticos han probado que *el aliento particular* que las acompaña puede percibirse en enfermedades enteramente extrañas al estado de gestacion, ya no es posible dar á este signo la misma importancia.

El profesor M. Bouillaud ha percibido muchas veces un ruido de *respiracion* en algunas mugeres que solo tenian una hinchazon mas ó menos considerable de uno de los ovarios, y piensa que en este caso el fenómeno del aliento debe atribuirse á la presion que ejerce el tumor en los vasos grandes del abdómen, y al embarazo que experimenta entonces necesariamente la circulacion.

Mr. Bricheteau ha consignado en su clínica médica del

hospital Necker una observacion que confirma los resultados obtenidos por Mr. Bouillaud, como se ve por el análisis de dicha observacion, que es como sigue:

«En el corriente mes de Junio de 1833 entró en el hospital una muger de 47 años, que hacia mucho tiempo que estaba casada y no tenia hijos. Hacia cerca de nueve meses que se la habia suspendido la menstruacion; su vientre anunciaba una preñez en el último periodo, y los dolores que experimentaba parecia que anunciaban un próximo parto. Se percibia distintamente en el vacío derecho un tumor desigual, que tenía la forma de una cabeza de criatura; al otro lado habia otra prominencia, que se podia creer que estaba formada por los pies de un feto, y este tumor salía de su lugar por un movimiento total.

«La enferma decia que percibia distintamente los movimientos de una criatura; en el tumor habia *un ruido de respiracion bastante manifesto*, que se tenía por el hálito de la placenta. El cuello uterino colocado bajo del pubis no estaba dilatado; un tumor fluctuante existia en la pelvis, y la enferma padecia dolores atroces. Los médicos y cirujanos del hospital, á quienes se habia reunido Mr. Baudeloque, juzgaron unánimemente que *habia una preñez extra-uterina del ovario derecho*.

«Se hizo por vía de exploracion una incision en la vagina, y se vieron correr mas de dos libras de una serosidad sanguinolenta.

«La enferma sucumbió seis dias despues de la operacion.

«La abertura del cadáver hizo ver que *no habia traza de preñez*, sino solamente dos tumores uno en la matriz y otro en la parte inferior y posterior de la pelvis.»

Mr. Bricheteau cita tambien en su obra la observacion hecha en un hombre de 52 años que padecia una hipertrofia del ventrículo izquierdo, con transformacion cartilaginosa de las válvulas sigmoideas, y en el cual se oia muy distintamente un ruido de fuelle muy fuerte en el corazon, en las carótidas y en las subclavias.

Mr. Bricheteau es de la misma opinion que Mr. Bouillaud acerca de la causa que en estos casos ha debido producir durante la vida ese ruido de fuelle.

Para que no quede duda alguna acerca de la preñez, no es necesario que los signos ciertos de ella se hallen todos reunidos en una misma muger; uno solo que se perciba de una manera inequívoca basta para descubrir la existencia del feto en la matriz.

Los signos ciertos de la preñez pueden faltar completamente en una muger que lleve en su seno una criatura llena de vida y de salud; circunstancia que conviene tener presente relativamente á la medicina legal.

§. V. Diagnóstico de las preñeces uterinas compuestas.

¿Hay signos por cuyo medio se pueda conocer, durante la preñez, si el útero contiene muchas criaturas? Se han considerado como tales los vómitos pertinaces, el volúmen considerable del vientre, su división en dos mitades laterales por una ranura longitudinal, la dispnea, las varices, la hinchazón de los miembros abdominales y de las partes sexuales, la dificultad del movimiento á manera de pelota, los movimientos que se perciben en los dos lados del abdómen en puntos distantes, &c.; pero estos signos no siempre se han observado en la preñez doble, al paso que con mucha frecuencia se les ha observado en la preñez simple; de donde se sigue que no bastan para ilustrar el diagnóstico.

La auscultacion podrá, en ciertos casos, suministrar datos mas positivos; efectivamente, si las pulsaciones del feto se percibiesen en puntos diferentes y bien distintos, habria una certeza de la preñez compuesta (1). Pero en el mayor número de casos, solo en el momento del parto, y despues de haber salido la primera criatura, es cuando puede haber una certidumbre de que la matriz contiene muchas.

§. VI. Diagnóstico de las preñeces complicadas.

Fácil es reconocer la existencia de una gran cantidad de agua en la matriz por el volúmen considerable del órgano, y por la fluctuacion muy manifiesta que de ordinario se perci-

(1) Mr. Lovati, en una revista anual de partos que se hizo en el instituto obstétrico de Pavia, cita un caso en que las pulsaciones dobles del feto se percibian en dos puntos diferentes del abdómen; se diagnosticó una preñez doble, y en efecto la muger parió dos criaturas.

be en él; pero no es lo mismo cuando se trata de una mola, de un polipo, de hidatides, &c.; porque entonces es casi siempre imposible conocer la complicacion. Sin embargo, cuando tratemos en particular de la existencia de estos diferentes cuerpos en el útero, procuraremos poner en claro sus signos diagnósticos (Véase *Enfermedades de las mugeres*).

§. VII. Diagnóstico relativo al sexo.

¿Se puede conocer durante la preñez cuál es el sexo de la criatura contenida en la matriz? Se ha dicho que la muger que traía un niño tenia el rostro muy colorado y mayor viveza y alegría, que la preñez era menos penosa, que los movimientos de la criatura se percibian mas pronto, que la oblicuidad de la matriz era lateral derecha; que las partes de este lado de la muger gozaban de mayor vitalidad; que su vientre presentaba en su medio una raya negra bastante marcada; que la preñez habia comenzado en el primer cuarto de luna, &c.; y por consiguiente se ha creido que en la muger que traía una niña debia suceder todo lo contrario.

¿Y habrá necesidad de refutar semejantes hipótesis? ¿No es evidente para cualquiera que raciocine que no se puede reconocer el sexo sino despues que la criatura ha salido del vientre de su madre? Con todo, si la criatura se presenta por las nalgas, se pueden al tiempo del parto tocar sus órganos genitales, y reconocer de este modo su sexo antes que haya acabado de nacer.

ARTÍCULO II.

De las preñeces extra-uterinas.

Se llaman preñeces extra-uterinas las que tienen su asiento fuera de la cavidad del útero.

Se distinguen tres especies, á saber: 1.º la de la trompa; 2.º la del ovario; y 3.º la de la cavidad abdominal.

La preñez de la trompa es la mas frecuente de todas; despues la de la cavidad abdominal (1); y últimamente la del ovario.

(1) Algunos autores han negado que haya preñez abdominal primitiva; pero los ejemplos que tenemos en el día son tantos y tan positivos que no hay lugar á la duda.

§. I.

Causas de las preñeces extra-uterinas. La direccion viciosa de las trompas, su mala conformacion, su poca longitud, su espasmo ocasionado durante el coito por el placer, el temor, la sorpresa, ó indignacion, el engrosamiento de su membrana interna, la presencia de mucosidades espesas; finalmente, su obstruccion despues de haberse verificado la fecundacion, se han considerado como otras tantas causas de las preñeces tubarias y abdominales.

En cuanto á las preñeces en el ovario, se ha creido que las membranas de este órgano, mas duras que de ordinario, no se dejaban rasgar, y retenian así el huevecillo despues de su fecundacion.

El huevo que se desarrolla fuera del útero solo tiene dos membranas, el corion y el amnios. El feto tiene su cordon umbilical y su placenta, pero parece que esta última es menos gruesa que de ordinario, y de un tejido mas apretado especialmente en las preñeces ventrales. En un caso que refiere W. Tumbull era tan delgada, que se la hubiera tenido por una membrana, y sus vasos tan pequeños que apenas podian seguirse con el escalpelo.

El huevo contrae adherencias con las partes con que se halla en contacto, y bien pronto resultan numerosas comunicaciones entre sus vasos, y los de estas mismas partes.

§. II.

Signos de las preñeces extra-uterinas. Se dividen en *racionales* y *ciertos*. Los primeros pueden ser absolutamente los mismos que en la preñez uterina, y por esto no bastan para el diagnóstico diferencial. Los segundos no son perceptibles sino hácia el cuarto ó quinto mes, y se fundan principalmente en el estado en que se halla la matriz relativamente al volumen del vientre, y á la época en que presumimos se halla la preñez.

Así, cuando el vientre está muy desarrollado, y los movimientos de la criatura son muy perceptibles, si el tacto por la vagina manifiesta que la matriz está poco mas ó menos en su estado natural, habrá certeza de que no encierra el pro-

ducto de la concepcion, y sin embargo es necesario no dejarse engañar por el notable incremento que al principio toma ordinariamente el órgano, porque jamas está en proporcion del volumen del feto. Desormeaux refiere que al noveno mes de una preñez tubaria presentaba la matriz 5 pulgadas de longitud, por 3 de ancho, y 12 á 15 líneas de espesor. Algunas veces se ha encontrado entreabierto el hocico de tenca, y sus labios reblandecidos; pero lo mas frecuente es que el cuello no experimente ningun cambio, y que sea igualmente largo, y tan duro y grueso como en el estado de vacuidad. Una cosa importante hay que notar, y es que la matriz no permanece en el lugar que ocupa naturalmente, pues casi siempre es inclinada hácia uno de los puntos de la pelvis por el kiste fetal, á medida que este se desarrolla.

§. III.

Signos distintivos de las preñeces extra-uterinas. Se ha dicho que en las preñeces de la trompa y del ovario adquiria la matriz un incremento notable, mientras que no sucede lo mismo en la preñez abdominal; pero un hecho citado por Desormeaux prueba hasta la evidencía la falsedad de semejante asercion. Se ha dicho que los movimientos del feto eran mas libres en las preñeces abdominales que en las de las trompas y de los ovarios; que la matriz estaba mas movible en la preñez del ovario que en la de la trompa, &c.; pero todos estos signos son tan equívocos que no pueden dar ningun conocimiento positivo; por lo cual, se opina generalmente que es imposible reconocer, durante la vida, el sitio preciso que ocupa el feto en las preñeces extra-uterinas; y aun una observacion de Bry prueba que por lo comun es muy dificil saber con seguridad si el feto está ó no contenido en el útero.

§. IV.

Curso de las preñeces extra-uterinas. Raras veces una preñez extra-uterina llega á los nueve meses, porque casi siempre se ve interrumpida en su curso hácia el tercero ó el cuarto por la muerte del feto, que no recibe la nutricion suficiente, ó bien por la rotura del kiste en que se hallaba

contenido. En el primer caso, el producto de la concepcion se deseca, y permanece indefinidamente en el cuerpo de la muger; ó bien se pudre y se abre paso por los intestinos, las vias urinarias, y la vagina, ó bien al través de las paredes abdominales. En el segundo caso, el feto pasa á la cavidad del vientre, y produce los mismos accidentes que la rotura del útero.

Cuando la preñez extra-uterina ha llegado á los nueve meses, se ha visto muchas veces que la muger tiene un trabajo semejante al que experimenta en el término de una preñez uterina; y esto ha proporcionado la ocasion de observar un principio de dilatacion, el flujo de un líquido acuoso, de algunas mucosidades, de un poco de sangre, la contraccion del kiste, &c. (*Baudelocque*).

§. V.

Indicaciones que presentan las preñeces extra-uterinas. Muchos cirujanos, entre ellos Levret y Sabatier, llenos de confianza en los recursos de la naturaleza, han aconsejado que se abandone á las mugeres á sí mismas antes de someterlas á la gastrotomía, que miraban ellos como siempre mortal á causa de la hemorragia que debe seguirse al desprendimiento de la placenta.

Pero los recelos de estos autores son evidentemente exagerados, y no bastan, como dice Baudelocque, para desechar la operacion. Por otra parte, está hoy dia bien demostrado que si la gastrotomía no ha tenido todavía un feliz resultado, consiste en que solo se ha practicado en casos en que aquel era imposible, por el estado desesperado de las mugeres en quienes se ejecutaba. Pero al contrario, si se hubiera hecho antes que sobreviniese ningun accidente grave, se hubieran salvado seguramente un gran número de mugeres. (Véase en cuanto al modo de operar el artículo *Gastrotomía*).

ARTÍCULO III.

De la preñez útero-tubaria.

La observacion siguiente publicada por Mr. Mondat, en los archivos generales de medicina, tiende á demostrar que

una misma preñez puede ser á un tiempo úterina y extra-uterina.

»Una muger de 38 años, que habia tenido nueve hijos, quedó embarazada por la décima vez en Diciembre de 1829.

»A los cuatro meses y medio se manifestaron los movimientos de la criatura, y se pudieron oír con mucha distincion las pulsaciones de su corazon. El resto del tiempo de la preñez se pasó bastante bien.

»El 29 de Setiembre de 1830 se declaró el trabajo, y siguió con bastante regularidad. Ya la dilatacion del cuello era bastante grande, la cabeza se presentaba en el orificio, y se creia que dentro de poco tiempo pariria la muger.

»Pero se aplacaron los dolores, despues cesaron del todo, y no volvieron á presentarse hasta despues de cinco dias. Veinte dias despues sintió nuevos dolores en el vientre, se notaron movimientos convulsivos del feto, y se restableció la calma con el uso de medios apropiados. Despues de dos meses se renovaron los dolores, se consultó á veinte médicos, y éstos no pudieron juzgar sobre la naturaleza del caso.

»Mas tarde se notó en la vagina y el recto un tumor, que se opuso por espacio de diez dias á la excrecion de las materias fecales; tumor que se abrió bien pronto en el intestino, y permitió salir por el ano una gran cantidad de materias con los despojos del feto.

»Finalmente murió la enferma, y al abrir su cadáver se halló *que solo la cabeza de la criatura estaba contenida en la matriz, y que todo el tronco estaba en la trompa uterina izquierda.*»

ARTÍCULO IV.

De la preñez intersticial.

En esta especie de preñez el feto está contenido en la propia sustancia del útero, sin que ningun kiste lo separe del tejido de esta víscera. Mr. Breschet ha reunido en una misma Memoria todas las observaciones conocidas hasta el dia; y como son entre sí muy semejantes, bastará exponer una para dar á conocerlas todas.

«Madama B.... experimentaba las molestias é incomodidades que acompañan frecuentemente á la preñez, cuando el 10 de Junio de 1823 presentó síntomas graves, como vómitos de todos los alimentos que habia tomado algunas horas antes, &c. Poco despues se manifestaron unos dolores vivos hácia el hipogastrio, y se extendieron hasta el recto; la enferma padeció desmayos, y una sensacion general de debilidad; en fin, la palidez de la cara y de los labios, la pequeñez del pulso, y algunos síncope prolongados, indicaron que Madama B.... se hallaba realmente en peligro.

»Se la encargó la quietud, prescribiéndola al mismo tiempo una bebida antiespasmódica; los dolores continuaron toda la noche, y se aumentó su intensidad. El abdómen, sensible al principio á la presion de la mano, se puso doloroso, y las lipotimias fueron bien pronto mas frecuentes. El dedo introducido en la vagina hizo notar un desarrollo muy considerable del útero, sin dilatacion del cuello. La enferma decia que estaba embarazada de tres meses; *aplicacion de 20 sanguijuelas al abdómen y semicupio.*

»Continuaron sin remision todos los síntomas hasta el dia siguiente 11 de Junio, y á las 9 de la mañana espiró la enferma al salir del baño.

Necropsia. »Abierto el vientre se encontró en la cavidad de la pelvis un derrame considerable de sangre, en parte líquida, y en parte coagulada. El útero, aunque dilatado, no habia franqueado el estrecho superior, y presentaba una rasgadura en su base, y algo á la izquierda. Esta rasgadura habia interesado el peritoneo, y el tejido del órgano, sin establecer comunicacion entre la cavidad abdominal y la del útero. Al través de esta abertura accidental de la matriz salia un feto envuelto en sus membranas.

»El útero, de 5 á 6 pulgadas de largo por 4 de ancho, presentaba una cavidad que podria contener un huevo de gallina, y en la cual hallamos muchas mucosidades ó albumina, y una membrana, que era ciertamente la caduca de *Hunter*, ó el epicorion de *Chaussier*.

»El grueso de las paredes del útero era de 16 á 18 líneas, siendo así este órgano mucho mas voluminoso, y sus paredes mas gruesas que en el estado de vacuidad.

» Los ovarios estaban sanos, la trompa uterina derecha
 » obliterada en su mitad superior, y la del lado izquierdo
 » en toda su extension.

» La cavidad que contenia el feto se habia formado en
 » el espesor de la sustancia del fondo del útero, encima de la
 » insercion de la trompa izquierda; no estaba tapizada por
 » ninguna membrana, y tenia bastante capacidad para conte-
 » ner un pequeño huevo de gallina, y su superficie desigual
 » presentaba el orificio de un gran número de vasos ó senos
 » uterinos, en los cuales estaban metidos unos cotiledones en
 » forma de pinces vasculares que constituian los rudimen-
 » tos de la placenta. El tabique que separaba esta cavidad de
 » la del útero, tenia una media pulgada de espesor; pero
 » la pared superior, es decir, la que correspondia á la base
 » del útero, y en la que existia la rasgadura, no tenia mas
 » que dos líneas de grueso. Sin embargo, se podia reconocer
 » que esta pared estaba formada por dos elementos distintos:
 » 1.º el peritoneo, y 2.º la sustancia del útero. Hago esta ob-
 » servacion porque algunos fisiólogos han creido que, en esta
 » especie de preñez extra-uterina, el huevecillo se desliza, y
 » aloja entre el peritoneo y el útero.

» El feto con sus cubiertas tenia cerca de 3 pulgadas de
 » longitud, la cara externa del corion presentaba en varios
 » puntos, en vez de una placenta regular, cotiledones adhe-
 » ridos á ella por unos pediculos largos y filiformes. Uno de
 » los cotiledones estaba engastado todavía en uno de los se-
 » nos uterinos, por cuyo medio se adheria el huevo á la madre.

Causas. » 1.º Se ha creido que podia haber en estas pre-
 » ñeces extra-uterinas una compenetracion de los gérmenes;
 » que los dos individuos pertenecian á la misma fecundacion;
 » y que el uno habia penetrado en el interior del otro; pero
 » esta explicacion no puede admitirse, porque en los casos de
 » penetracion de un germen en otro, solo se han descubier-
 » to los restos de un feto en lugar de una criatura, mientras
 » que en la preñez extra-uterina de que hablamos, el em-
 » brion ó el feto presentaba todos los caracteres de un indivi-
 » duo que se desarrollaba, y cuya muerte habia precedido ó
 » seguido muy de cerca á la de la madre.

» 2.º Algunos han dicho que el huevecillo se habia corri-

»do á lo largo de la trompa uterina hasta el borde del útero, situándose debajo del peritoneo; pero la diseccion ha desmentido esta suposicion.

»3.º Se ha preguntado si no era posible que el huevecillo al llegar á la trompa uterina hubiese encontrado obliterado este conducto en su parte inferior; y que entonces, en virtud de aquella fuerza que tiende á llevarle á la cavidad uterina, se hubiese abierto un camino hasta el espesor del tejido del órgano.

»4.º ¿Podria suponerse que la matriz estuviese dividida en dos estancias, una superior y otra inferior, separadas una de otra por un tabique incompleto, que en virtud de la preñez se hubiese acabado de formar? Pero no se conoce ningun ejemplar del útero conformado de esta manera, y las matrices bilovuladas siempre han presentado un tabique paralelo á su longitud.»

5.º Mr. Breschet cree que se podrá encontrar una explicacion del fenómeno en una disposicion anatómica de la trompa de Falopio. Segun él, este conducto presenta interiormente hácia su extremidad uterina el orificio de muchos senos uterinos, ó la embocadura de conductos vasculares algunas veces muy manifiestos y dilatados (1). ¿No es posible que el huevecillo se haya detenido en uno de estos orificios, que le haya dilatado poco á poco, y que, impelido constantemente por la fuerza peristáltica de la trompa, en lugar de llegar á la cavidad uterina, se haya abierto una cavidad en el tejido del útero hácia su fondo, y mas ó menos cerca de la insercion de la trompa?

Signos. La Memoria de Mr. Breschet no trata de ellos de un modo especial; pero se ve por la observacion de Madama B.... que son los mismos que en las otras preñeces extra-uterinas; y en tales casos sobre todo es cuando la matriz debe ser mas pesada, y menos movable.

Curso. El mismo que en las demas preñeces extra-uterinas: solamente que, como observa Mr. Breschet, en esta última especie, el huevo debe experimentar mas dificultades para desarrollarse.

(1) Algunos autores niegan que haya semejantes aberturas.

La terminacion, en todos los casos conocidos, se ha verificado por la rotura de las paredes de la cavidad donde se contenia el embrion; y bien pronto se ha seguido siempre la muerte de las mugeres.

ARTÍCULO V.

De la preñez falsa.

«Se ha dado este nombre á las afecciones que, aumentando el volúmen del útero, ó solamente del abdómen, simulan la preñez. Esta denominacion no puede conservarse, porque ó existe ó no existe la preñez; y en este último caso es preciso dar un nombre propio á cada una de las afecciones que se parecen á ella (*Desormeaux*).» Hablaremos detenidamente de estas afecciones al tratar de las enfermedades de las mugeres.

ARTÍCULO VI.

Del tacto.

El tacto consiste ordinariamente en introducir uno ó mas dedos en la vagina para examinar la parte inferior de la matriz, al mismo tiempo que con la otra mano, aplicada sobre el abdómen, se procura reconocer las mudanzas que han podido sobrevenir en el fondo del órgano. Tambien se practica el tacto algunas veces por el recto; y es útil otras muchas recurrir sucesivamente á estos tres modos de exploracion.

El tacto es de la mayor importancia en obstetricia, y con razon se le considera como la *brújula* del comadron. Por el tacto se reconoce la buena ó mala conformacion de la pelvis, el estado de las partes blandas de la generacion, la preñez y sus diferentes épocas y especies. Por el tacto se distinguen los dolores del parto de los que son de otra naturaleza; por él se conocen las épocas del parto, la parte que presenta la criatura, la posicion que trae, y la marcha que sigue al atravesar la pelvis. Finalmente, por medio del tacto se reconoce, despues de haber salido el feto, si la matriz se contrae, si la placenta se abre paso, y por qué punto de su superficie se presenta, &c.

Mas para sacar del tacto todas las ventajas que puede ofre-

cer, es indispensable conocer bien de antemano el estado normal de la pelvis y de los órganos genitales; porque sin este conocimiento preliminar sería absolutamente imposible apreciar los cambios que experimentan estas partes durante el tiempo de la preñez.

Posicion de la muger. Si la preñez está en su principio, ó se trata de examinar el estado de la pelvis ó de los órganos que contiene, debe estar la muger echada de espaldas, con la cabeza doblada sobre el pecho, los muslos sobre el vientre, y las piernas sobre los muslos. De esta manera, y hallándose en relajacion las paredes abdominales, es muy facil deprimiéndolas examinar todas las partes cuyo conocimiento sea interesante. Pero si por el contrario se trata de reconocer exactamente la posición de la matriz, su peso, su movilidad y los cambios sobrevenidos en su cuello; en fin, si se quiere proceder á la observacion del movimiento á manera de pelota, es mas conveniente que la muger esté de pie. Esta última posición es indispensable, cualquiera que sea el caso, siempre que la muger se halle afectada de alguna enfermedad que haga difícil la respiracion.

En todo caso deben evacuarse anticipadamente el recto y la vejiga, para que con su volúmen no impidan las operaciones del comadron.

Posicion del comadron. Si la muger está echada de espaldas, debe colocarse el comadron á la derecha de la cama cuando proceda al tacto con la mano derecha, y á la izquierda si lo hace con la mano izquierda.

Si la muger está de pie, se coloca delante de élla con una rodilla en tierra, y teniendo levantada la otra para prestar un apoyo sólido á la mano que examina las partes.

Disposicion de la mano. La mayor parte de los comadrones aconsejan que se alargue el índice y se cierren los otros dedos, incluso el pulgar, en la palma de la mano. Conviene esta disposicion siempre que no haya que profundizar mucho para encontrar las partes que se buscan; pero en el caso contrario, es mejor colocar el pulgar delante de los pubis, y los tres últimos dedos sobre el perineo. Efectivamente hay mas seguridad de llegar de este modo al cuello de la matriz.

El índice debe estar untado con una sustancia grasa pa-

ra que sea mas facil su introduccion, y se preserve el comadron de la absorcion de los virus de que puedan estar infectos los órganos de la muger. De todos modos es prudente no tocar jamas con un dedo escoriado, porque el cuerpo graso con que se le unta no siempre preserva del contagio. Un médico de París, Mr. Sec..., contrajo, por haber tocado á una muger enferma, una úlcera venérea de las mas rebeldes, y el tratamiento que hubo necesidad de adoptar fué tan enérgico, que le produjo una gastro-enteritis mortal. Por lo que acabo de decir se conocerá tambien cuánto importa acostumbrarse á tocar con las dos manos.

Cuando se quiere introducir el dedo en las partes, conviene aplicar su borde radial sobre el perineo de la muger, y traerle en seguida de atrás á adelante, hasta que se encuentre la abertura de la vulva, en la cual se penetra separando los grandes labios.

Orden que debe seguirse en la operacion del tacto. Deben examinarse siempre las partes exteriores antes que las que se encuentran situadas mas profundamente; así debe empezar el comadron por examinar la abertura inferior de la pelvis, la de la vagina, los grandes y pequeños labios, el conducto de la uretra y el recto; recorrerá en seguida toda la vagina para asegurarse del estado interior de la pelvis, así como de los cambios que haya podido haber en el cuello de la matriz. En fin, si se trata de una preñez adelantada, se procurará obtener el movimiento á manera de pelota, conduciéndose como hemos dicho en la página 56.

Después de haber examinado el comadron de este modo las partes que pueden tocarse introduciendo el dedo por la vagina, debe aplicar la otra mano sobre el abdomen para asegurarse del volumen del cuerpo del útero y de su elevacion y direccion.

Es preciso tener entendido que para hacer algunas deducciones de todos los cambios que hayan podido encontrarse, es indispensable tener bien en la memoria todo lo relativo al desarrollo del útero durante la preñez.

De la higiene de la muger durante la preñez.

Facultades intelectuales. La susceptibilidad de las mugeres se aumenta por el estado de preñez de un modo muy notable, y las impresiones que reciben son siempre mucho mas fuertes: de aquí nace la necesidad de evitarlas toda especie de emociones. El disgusto, el ódio, los celos, la cólera, el espanto, una alegría excesiva, los placeres del amor, &c. podrian tener para ellas las mas funestas consecuencias.

La imaginacion de la muger embarazada exige tambien muchos miramientos. Se debe alejar de su vista con el mayor cuidado todo lo que pueda afectarla desagradablemente, como la presencia de individuos horrorosos, mutilados, contrahechos, &c. no por el quimérico temor de que la criatura traiga, al nacer, las mismas deformidades, sino porque toda agitacion violenta podria desarreglar la salud de la madre y por consiguiente la del feto.

Habitacion. Importa mucho que una muger embarazada habite en un aposento sano; el aire que respire debe ser puro, y no estar cargado de exhalaciones que podrian ocasionar el aborto. Hasta los olores mas suaves pueden ser nocivos á las mugeres preñadas; porque pueden tener tan pervertida la funcion del olfato, que un olor que las agradaba antes de la preñez, les sea entonces insoportable. Un aire demasiado caliente debilita las funciones, y si es muy frio produce accesos de tos que pueden ocasionar el aborto.

Ejercicio y reposo. Las mugeres embarazadas deben hacer un ejercicio moderado; este es el único medio de asegurar su salud, de evitar muchas incomodidades, y favorecer el desarrollo del feto. Conviene sobre todo el paseo á pie; pero los ejercicios que, como la equitacion, dan al cuerpo sacudidas muy violentas, deben prohibírseles, porque podrian tener los mas graves inconvenientes.

Las mugeres embarazadas tienen mas propension al sueño que las demas, y por esta razon las vigiliass prolongadas no dejarian de serlas nocivas. La cama destinada al reposo no debe ser muy blanda, porque tendria el doble inconveniente de debilitar y de disponer á las hemorragias uterinas; convie-

né que esté colocada en un aposento donde el aire se renueve fácilmente.

Alimentos y bebidas. La muger embarazada debe comer poco, sobre todo al principio de su embarazo; y los alimentos que use, deben ser simples, de fácil digestión y nutritivos, bajo un volúmen muy pequeño: conviene proscribir los picantes. Sin embargo, no siempre debemos contrariar los deseos, depravados en apariencia, que tienen ciertas mugeres, á no ser que sean de sustancias peligrosas; porque algunas veces son una advertencia de la naturaleza que hace conocer lo que mejor conviene al estómago.

Las bebidas ligeramente aciduladas y el agua mezclada con una tercera parte de buen vino añejo, deben recomendarse sobre todo á las mugeres embarazadas; pero es necesario que estas bebidas se hallen á una temperatura moderada, porque las que están calientes debilitan los órganos de la digestión, y las demasiado frias causan una impresion que puede ser peligrosa. Deben prohibírseles las bebidas espirituosas, porque podrían ocasionarlas hemorragias. Las mugeres que tienen costumbre de tomar té ó café, pueden continuar su uso, mezclando con ellos una cantidad mayor de agua ó de leche.

Vestidos. Deben guardar proporcion con la estacion, y estar siempre bastante flojos para que no compriman los pechos ni el abdómen; porque de otro modo impedirian la importante funcion de las mamas, y se opondrian al libre desarrollo de la matriz. Importa igualmente que estén libres de toda constriccion los miembros abdominales, para que la circulacion no experimente ningun obstáculo.

De los baños, los evacuentes y la sangría. Los baños tibios convienen perfectamente á las mugeres de un temperamento nervioso, pero deben prohibirse á las que tienen una constitucion floja y linfática; porque no harian mas que aumentar las incomodidades que ya padecen. Sin embargo, la limpieza exige que los tomen algunas veces, pero entonces debe ser su temperatura muy poco elevada, y su duracion tan corta como sea posible.

Los baños tibios convienen sobre todo al principio y hácia el fin de la preñez; en los primeros meses calman los ac-

cidentes nerviosos á que están expuestas frecuentemente las mugeres; en los últimos relajan las partes genitales, y las disponen para el parto.

Las lavativas preparadas con sustancias emolientes deben emplearse siempre que haya estreñimiento: las que contienen sustancias purgantes podrian ocasionar algunos accidentes.

La sangría es conveniente cuando las mugeres son pletóricas, y experimentan los síntomas de una congestion cerebral, tales como la soñolencia, la cefalalgia, los vértigos, &c.

La necesidad de la sangría se echa de ver mas comunmente hacia el cuarto ó quinto mes de la preñez; pero se puede practicar sin inconveniente en cualquiera otra época si hay síntomas de plétora.

CAPÍTULO III.

Del producto de la concepcion.

El producto de la concepcion comprende: 1.º el *embrion*, que en el cuarto mes de la preñez toma el nombre de feto: 2.º las *membranas*: 3.º las *aguas del amnios*: 4.º la *placenta*: 5.º el *orden*: 6.º la *vesícula umbilical*: y 7.º la *alantoïdes*.

ARTÍCULO PRIMERO.

Desarrollo del gérmen.

Despues que se ha fecundado el gérmen contenido en el ovario, es transmitido por la trompa uterina al interior de la matriz, donde se desarrolla durante los nueve meses de la preñez. Todavía estamos muy distantes de saber el tiempo que tarda el gérmen en recorrer la trompa, á pesar de las muchas investigaciones que se han hecho á este propósito. Sin embargo juzgan muchos autores que antes del octavo dia todavía no hay nada en el útero. Home halló en esta época un óvulo membranoso, en que ya se distinguian dos puntos opacos.

Otro autor dice haber visto el embrion muy distintamente en un óvulo de doce dias á lo mas.

¿Pero cuáles son las partes primitivamente formadas? Es-

ta es una cuestión que todavía no está resuelta. Es verdad que un autor moderno se empeña en que es el raquis, y que de su cara cóncava nacen sucesivamente todos los órganos; pero no todos los que se han dedicado á la embriología adoptan esta opinion.

ARTÍCULO II.

Del embrion.

Se da generalmente este nombre al gérmen durante los tres primeros meses de la preñez. Pero, como observa Mr. Olivier en su excelente artículo del Diccionario de ciencias médicas, es mas conveniente llamarle así durante los cuatro primeros meses, puesto que es necesario este tiempo para que se distingan bien todas sus partes.

Á las tres semanas el embrion, dice el mismo autor, empieza á distinguirse bien: es oblongo, vermiforme, grueso en su parte media, obtuso por una extremidad, y termina en punta roma por la otra. Su consistencia es gelatinosa, su longitud de 2 á 3 líneas, y su peso de 2 á 3 granos.

Á las seis semanas la consistencia del embrion es mayor, y sus partes mas perceptibles; el volúmen de la cabeza se ha aumentado considerablemente con respecto á las demas partes; los ojos están indicados por dos puntitos negros; no hay todavía ningun vestigio de nariz; la boca se halla marcada por una hendidura transversal; no existe señal alguna de cuello; los latidos del corazon pueden percibirse; y los miembros torácicos y abdominales están indicados por unos botoncitos redondeados; el embrion tiene 5 ó 6 líneas de largo, y pesa unos 19 granos.

Á los dos meses dos pequeños orificios indican la entrada de los conductos auditivos; la nariz, los párpados y el cuello empiezan á delinearse, y los miembros son mas salientes. El cordón umbilical todavía no tiene vueltas espirales, y es de 4 á 5 líneas de largo. Empiezan á distinguirse los elementos de los órganos exteriores de la generacion. El embrion tiene de 12 á 15 líneas de longitud, y pesa de 2 á 4 dracmas.

Á los dos meses y medio están mas desarrollados todos los órganos de que acabamos de hablar. La cabeza siempre es á proporcion mucho mas voluminosa que las demas partes. Los

labios se desarrollan, y empiezan á formar el círculo de la boca; se distinguen las orejas; apenas existe aun el cuello; se conocen ya las paredes del pecho. Están mas desarrollados los miembros, y empiezan á delinearse los dedos de las manos y de los pies; el cordon umbilical se tuerce en espiral. La vesícula umbilical desaparece ordinariamente en esta época. El embrion tiene de 18 líneas á dos pulgadas de longitud, y pesa de una onza á onza y media.

Á los tres meses el volúmen de la cabeza es menos desproporcionado. Está marcado el globo del ojo; son perceptibles la membrana pupilar y los puntos lagrimales; existe el cuello; se prolongan los miembros; empiezan á aparecer las uñas; se distingue el ano de las partes genitales, y los tegumentos tienen mas consistencia. El embrion tiene 6 pulgadas de longitud, y unas 3 onzas de peso.

Á los cuatro meses son mas perceptibles todas las partes del embrion, y solo entonces es cuando realmente le conviene el nombre de feto. La cabeza es proporcionalmente menos voluminosa; sus fontanelas y suturas son mas anchas, y la cara se halla todavía poco desarrollada; los ojos, las ventanas de la nariz y la boca están cerrados. Las articulaciones de los dedos de las manos y de los pies son visibles; las partes genitales están muy desarrolladas, y se distingue perfectamente el sexo. La piel está cubierta de un ligero vello, y se observan en la cabeza algunos cabellos cortos y blanquecinos. El feto tiene de 7 á 8 pulgadas de longitud, pesa de 6 á 7 onzas y empieza á ejecutar algunos movimientos perceptibles.

Á los cinco meses todas las partes del cuerpo son todavía mas proporcionadas. El feto tiene cerca de 10 pulgadas de longitud; pesa de 8 á 10 onzas, y sus movimientos musculares son mas manifiestos.

Á los seis meses el feto tiene de 12 á 14 pulgadas de longitud, y pesa de 12 á 16 onzas. Su piel está bien organizada, sus uñas son ya bastante sólidas; el escroto está todavía vacío, y las pupilas cerradas.

Á los siete meses se regularizan las diferentes partes del feto; desaparece la membrana pupilar; los testículos descienden al escroto; la piel se cubre de un barniz blanquecino y sebáceo; los cabellos son mas largos y de un color mas obs-

curo, y el feto presenta de 14 á 16 pulgadas de longitud. *A los ocho meses* el feto es de 16 á 18 pulgadas de largo, y pesa cerca de 4 á 5 libras (1); su incremento parece efectuarse principalmente en espesor.

A los nueve meses el feto presenta 18 á 20 pulgadas de longitud (2), y pesa de 6 á 7 libras (3); unos pelos muy perceptibles reemplazan el vello de las cejas y de los párpados; las uñas están bien conformadas; la insercion del cordon umbilical corresponde con corta diferencia al medio de la longitud del cuerpo.

ARTÍCULO III.

Posicion del feto en la matriz.

La cabeza del feto ocupa, en el mayor número de casos, la parte mas declive del útero. Esta posicion puede no ser constante hasta cerca del medio de la preñez; pero una vez llegada esta época, el feto conserva siempre la misma posicion, sin poder variarla, pues que su longitud excede considerablemente la extension de los diámetros antero-posterior y transversal del útero. Sin embargo, es preciso exceptuar los casos en que el feto es muy pequeño, y la matriz está muy desarrollada por la acumulacion de una gran cantidad de agua en el interior de las membranas: efectivamente, entonces la posicion del feto no puede ser fija en ninguna época de la preñez. En circunstancias como estas se ha visto en el momento del parto presentarse alternativamente en el cuello de la matriz la cabeza, los pies, las rodillas, las nalgas, y aun el tronco del feto.

La presencia casi constante de la cabeza en la parte mas declive de la matriz, ha sido objeto de muchas investigaciones y disputas.

(1) La libra francesa tiene 16 onzas, 128 dracmas, 384 escrúpulos y 9216 granos, y equivale á 1 libra, 1 onza, 1 tomin y poco mas de 1 grano castellanos (*Nota del traductor*).

(2) Se han encontrado fetos que tenían 21, 22 y 24 pulgadas de longitud; y otros que solo tenían 12, 14, ó 16; pero es necesario convenir en que estos casos son en extremo raros.

(3) El peso del feto al fin de la preñez es todavía mas variable que su longitud; los ha habido que pesaban 8, 10, y 12 libras; y yo he visto uno en mis cursos prácticos que pesaba 12 libras y cuarteron. Baudelocque dice haber visto uno que pesaba 13 libras.

Tambien se han visto otros fetos que solo pesaban 4 libras menos cuarteron, 4 libras, y 5 libras y media.

En estos últimos tiempos Mr. P. Dubois ha intentado demostrar que el instinto solo de la criatura es lo que hace que su cabeza se halle casi siempre dirigida hácia abajo; pero es mucho mas probable que en esto no hace el feto mas que obedecer á las leyes de la gravedad.

En los casos ordinarios, durante todo el curso de la preñez está encorvado el feto sobre su parte anterior, tiene la cabeza doblada sobre el pecho, los brazos dirigidos hácia adelante, y las manos aplicadas á la cara por delante del pecho; los muslos están doblados sobre la pelvis, las rodillas separadas, y las piernas cruzadas, de modo que el talon derecho toca en la nalga izquierda, y el izquierdo en la derecha. El feto así encorvado representa una especie de óvalo de 10 á 12 pulgadas de longitud, cuyas dos extremidades se hallan representadas la una por la cabeza y la otra por las nalgas.

ARTÍCULO IV.

Del feto de todo tiempo.

De su division.

Se pueden considerar en el feto de todo tiempo cuatro grandes regiones: una anterior, otra posterior, y dos laterales; y ademas dos extremidades, una superior y otra inferior.

La region anterior comprende la cara propiamente dicha, y la parte anterior del cuello, del pecho, del vientre, de la pelvis, de los muslos y de las piernas.

La region posterior comprende el occipucio, la nuca, la espalda, los lomos, las nalgas, y la parte posterior de los muslos y de las piernas.

Las regiones laterales comprenden los lados de la cabeza y del cuello, los hombros, los lados del pecho, los vacíos, los lados de la pelvis, y los de los muslos y de las piernas.

La extremidad superior está representada por el vértice de la cabeza, y *la inferior* por los pies.

Indicaremos los caracteres propios de cada una de estas regiones del feto cuando tratemos de las posiciones en particular.

De las partes principales del feto de todo tiempo con relacion al parto.

§. I. De la cabeza, sus dimensiones y movimientos.

La cabeza del feto separada del tronco tiene la forma de un óvalo ligeramente aplanado en diferentes sentidos. Se compone de dos partes distintas, la una superior, ó bóveda del cráneo, y la otra inferior ó base. La primera está compuesta de piezas huesosas separadas unas de otras por intervalos membranosos que se llaman, unos fontanelas, y otros suturas. Esta disposicion hace que cuando la bóveda del cráneo está comprimida pueda disminuirse su volúmen, por la aproximacion ó cabalgamiento de sus diferentes huesos.

La base es enteramente irreducible.

Division de la cabeza del feto. Cinco regiones, y dos extremidades.

Las regiones son: el vértice ó coronilla, la base, la cara propiamente dicha, y las regiones temporales.

Las extremidades están representadas, la una por el tubérculo occipital, y la otra por la barba.

El vértice de la cabeza presenta partes que al comadron le importa conocer bien; las principales son: en la línea media la fontanela anterior, que es ancha y cuadrilátera; la sutura sagital, y la fontanela posterior, que es estrecha y triangular; á los lados se encuentran las ramas de la gran sutura coronal, las prominencias parietales, y las ramas de la sutura lambdoidea.

La base del cráneo no se presenta jamas al tacto, á no ser que la cabeza esté separada del tronco: por esta razon ofrece poco interes con respecto á los partos.

La cara propiamente dicha tiene caracteres tan marcados que es imposible desconocerla, á menos que sus partes blandas no hayan experimentado una hinchazon considerable. Los principales caracteres que la distinguen son: en la línea media, la pequeña sutura coronal, la nariz, el borde alveolar superior, la boca, el borde alveolar inferior, y la barba; en las partes laterales las prominencias coronales, las órbitas, y los ojos, los pomulos, y los ángulos de la mandíbula inferior.

Las regiones laterales presentan por delante la fontanela anterior é inferior; en el medio la sutura escamosa del temporal; y por detras la fontanela posterior é inferior: mas en el estado fresco estan caracterizadas estas regiones, principalmente por la presencia de las orejas.

Dimensiones de la cabeza del feto. Se mide ordinariamente la cabeza del feto por seis diámetros ó líneas rectas, que atraviesan su espesor, y dos circunferencias principales.

El diámetro occípito-frontal, que va desde el occipucio á la frente, tiene cerca de 4 pulgadas y cuarto de extension.

El diámetro occípito-barbilar, que va desde el occipucio á la barba, tiene 5 pulgadas y cuarto.

El diámetro occípito-bregmático, que se extiende desde el occipucio hasta la fontanela anterior, tiene cerca de 4 pulgadas.

El diámetro bi-parietal, que se extiende desde una prominencia parietal á la otra, tiene 3 pulgadas y media.

El diámetro vertical, que va desde el vértice de la cabeza á la base del cráneo, tiene tambien 3 pulgadas y media.

El diámetro bi-mastoideo, que se extiende de una apofisis mastoidea á otra, tiene de 2 y media á 3 pulgadas.

La circunferencia mayor divide la cabeza perpendicularmente en dos hemisferios laterales, y su extension es de 14 á 15 pulgadas.

La circunferencia menor la divide perpendicularmente en dos mitades, la una anterior y la otra posterior, y su extension es de 10 á 11 pulgadas.

Movimientos de la cabeza sobre el tronco. La cabeza puede estar doblada sobre el pecho, echada sobre la espalda, ó inclinada sobre el uno ó el otro hombro, y tambien puede describir un cuarto de rotacion. Si este último movimiento fuere mayor, podrá ocasionar la muerte de la criatura, produciendo una lesion de la columna vertebral, y de la medulla raquidiana.

§. II. Del tronco del feto y de sus dimensiones.

El tronco del feto, á causa de la reduccion de que es susceptible, se acomoda casi siempre á la forma de la pelvis, y raras veces se opone á la terminacion del parto.

Los hombros, medidos transversalmente, presentan un diámetro de 4 pulgadas y media, reducible mas de una pulgada por la simple presion.

Las nalgas, medidas de un hueso iliaco á otro, tienen una extension de 3 pulgadas. Por otra parte, son susceptibles de reduccion por el adelgazamiento de los cartilagos que separan las 14 piezas huesosas de que están formadas en aquella época.

Movimientos del tronco. El tronco del feto puede encorvarse hácia adelante, hácia atrás, y á los lados: la corvadura hácia adelante es la mas extensa, la mas fácil, y la que tiene menos inconvenientes.

§. III. De las extremidades del feto.

Las extremidades del feto son muy poco voluminosas para que opongan un obstáculo real á la terminacion del parto; por cuya razon solo importa conocerlas con respecto á los movimientos de que son susceptibles.

Del conocimiento exacto de estos movimientos depende muchísimas veces el buen éxito de las maniobras de que nos valemos en los partos preternaturales; y la completa ignorancia de su mecanismo ha causado algunas veces grandes dificultades, y otras lesiones mas ó menos graves, como luxaciones, ó fracturas, &c.

De todos los movimientos de que son susceptibles las extremidades del feto exigen un especial cuidado los que consisten en la extension y en la abduccion; porque siendo muy repetidos ó forzados, no dejarian de dar lugar á varios accidentes.

ARTÍCULO V.

Conclusiones.

Deducidas: 1.º de la comparacion de los diámetros de la pelvis de la madre con los de las partes principales del feto: 2.º de la diferente direccion de los ejes de la pelvis de la madre: y 3.º de la diferencia de longitud de las paredes anterior y posterior de este conducto huesoso.

1.º Los mayores diámetros del feto exceden en extension á los mas pequeños de la pelvis de la madre; pero los diá-

metros mayores de aquella tienen una extensión mas considerable que los mayores diámetros del feto; de lo cual se sigue que, para que el parto se termine naturalmente, es absolutamente necesario que los mayores diámetros del feto correspondan siempre á los mayores diámetros de la pelvis de la madre.

2.º El mayor diámetro para el parto en el estrecho superior de la pelvis es el oblicuo, al paso que en el estrecho inferior el mayor diámetro es el antero-posterior; de donde se sigue, que las partes mas anchas del feto colocadas oblicuamente en el estrecho superior deben experimentar, en el trabajo del parto, un movimiento de rotación, para encontrarse convenientemente colocadas en el estrecho inferior.

3.º Los tres ejes de la pelvis representan una especie de línea curva, cuya concavidad corresponde al pubis, y la convexidad al sacro; el feto, al desprenderse, debe necesariamente seguir la dirección de esta línea.

4.º La pared posterior de la pequeña pelvis tiene 5 pulgadas de extensión, mientras que la anterior solo tiene 18 líneas. Esta diferencia de longitud explica por qué, *debiendo el occipucio salir siempre el primero en el parto por el vértice de la cabeza*, las dos primeras posiciones son siempre mucho mas favorables que las dos últimas; puesto que en el primer caso el occipucio para salir de la pelvis solo tiene que recorrer 18 líneas, mientras que en el segundo debe seguir una extensión de cerca de 5 pulgadas.

ARTÍCULO VI.

De las dependencias del feto.

Se comprenden bajo este nombre las membranas, las aguas del amnios, la placenta, el cordón, la vesícula umbilical, y la alantoides.

§. I. De las membranas.

Las membranas que envuelven el feto son tres: la mas exterior se llama *epicorion*, la media *corion*, y la interna *amnios*.

A. *Del epicorion* (membrana caduca).

No puede ponerse en duda la existencia del epicorion, apesar de lo que han dicho algunos autores. Su presencia en el interior de la matriz queda ya demostrada en las preñeces uterinas y extra-uterinas; en las primeras precede siempre al descenso del huevecillo.

La membrana epicorion no es al principio mas que una materia sero-albuminosa, semifluida, concreta en parte, que llena la cavidad uterina, y se transforma bien pronto en una verdadera bolsa sin abertura. Su superficie está erizada de copos salientes y de filamentos (Ollivier); del segundo al cuarto mes forma alrededor del huevo una doble cubierta, menos en el sitio de la insercion de la placenta. De las dos hojas que forman esta doble cubierta, la una corresponde á la superficie interna de la matriz, y se adhiere á ella por medio de prolongaciones filamentosas; se la llama *caduca uterina*; y la otra corresponde á la membrana corion, y se adhiere á ella íntimamente; esta es la *caduca refleja*. A medida que se adelanta la preñez se disminuye el espesor de estas dos hojas; la interna, impelida por el huevo, se acerca á la externa, y acaba por adherirse inmediatamente á ella.

En la época del parto, la membrana caduca, por mas que diga un autor moderno, parece que es simple, y no compuesta de dos hojas como aquel pretende; por otra parte es mas gruesa que las otras, y cubre la membrana corion hasta la circunferencia de la placenta en que termina. La membrana delgada y transparente que existe en la cara uterina de la placenta, no es continuacion de ella. (*Dict. des Scienc. medic.*)

La disposicion que presenta la membrana caduca con respecto al huevo, depende de que éste al descender á la matriz lleva delante de sí esta membrana, que tapiza entonces toda la superficie interna del órgano.

Algunos autores, entre ellos Chaussier y Meckel, no admiten esta explicacion, creyendo que el huevecillo, al llegar á la matriz, penetra inmediatamente en el medio de la sustancia que debe formar despues la membrana epicorion; de tal modo que, segun ellos, toda la superficie exterior del

huevo se halla cubierta por esta última membrana.

Beclard admite la primera explicacion; pero piensa que la membrana caduca se cierra detras del huevecillo, á medida que éste penetra en lo interior de la matriz.

La primera explicacion parece la única que puede admitirse.

La membrana caduca no está perforada al nivel de las trompas y del cuello de la matriz, como lo habia creido Hunter; envia algunas veces á estos conductos prolongaciones membranosas.

La membrana caduca tiene media línea de espesor, y es transparente, de un blanco amarillento, y de una consistencia blanda y pulposa. Su organizacion, admitida al principio por muchos autores, ha llegado á ser muy dudosa despues de las últimas investigaciones que se han hecho en el particular.

Los usos de la caduca parece que son el sostener el gérmen, y fijarle en el interior de la matriz.

B. *Del corion.*

El corion forma la cubierta exterior del gérmen antes de su entrada en la matriz. Al principio esta membrana es opaca, gruesa, y resistente; su superficie externa está sembrada de granulaciones, que se conocen cada vez mas en el punto en que la placenta debe desarrollarse, y en todos los demas acaban por desaparecer.

En el momento del parto, la membrana corion ya adelgazada, transparente, y de poca resistencia, se adhiere á las membranas caduca y amnios, y á la placenta en el sitio en que corresponde á ella.

Despues que la membrana corion ha tapizado la cara fetal de este cuerpo esponjoso, se refleja sobre el cordon umbilical, y le forma una vaina que le acompaña hasta el ombligo del feto, donde se confunde con el dermis.

La estructura del corion se conoce poco todavía. Parece sin embargo que se acerca á la de las serosas en general. Sir Everard Home dice haber hallado en ella algunos nervios (1), y M. Fohmann muchos vasos linfáticos.

(1) Memorias sobre la existencia de los nervios en la placenta. *Journal des progress*, 1829, t. 17.

C. Del amnios.

El amnios es la membrana mas interior del huevo; está en relacion por su cara externa con el corion, del que se halla separado en los primeros meses de la preñez por un vacío, muy considerable al principio, pero que se disminuye á medida que adelanta la preñez, y desaparece completamente hácia el fin del segundo mes.

La cara interna del amnios está en contacto inmediato con las aguas y el feto.

La disposicion del amnios relativamente á la placenta y al cordon umbilical, es absolutamente la misma que la del corion. Luego que el amnios llega al ombligo del feto se confunde con la epidermis de las paredes abdominales.

La membrana amnios, al principio de la preñez, es en extremo delgada, blanda, análoga á la retina, y forma un pequeño saco suspendido en la parte superior del corion que la rodea; en el momento del parto es tambien muy delgada, casi diafana, blanquecina, elástica y de mas resistencia que el corion (*Olliv.*).

Su estructura parece la misma que la del corion.

D. Usos de las membranas.

Durante la preñez, las membranas, tomadas colectivamente, tienen por usos principales fijar el huevo en la matriz, favorecer el desarrollo de esta última, y contener las aguas que protegen el gérmen.

En el momento del parto concurren eficazmente á la dilatacion del cuello uterino.

§. II. De las aguas del amnios.

Asi se llama el líquido que contienen las membranas, y en que está sumergido el feto todo el tiempo de la preñez.

Las aguas del amnios proceden evidentemente de la madre y no del feto, como dicen algunos fisiólogos.

Su cantidad varía desde algunas onzas hasta muchas libras; por otra parte son mas abundantes, relativamente al feto, en el primer tiempo de la preñez que en la época del parto.

Las aguas del amnios son ordinariamente claras, transparentes, untuosas al tacto, de un olor nauseabundo y de un sabor algo salado; algunas veces son turbias, negruzcas, ó tienen en suspension algunos copos, y esparcen un olor como corrompido.

Estan formadas de agua, de albumina, de hidro-clorato de sosa, sosa, fosfato de cal (*Vauquelin*), ácido hidro-flórico (*Berzelius*), y por último de un gas compuesto de ácido carbónico y de azoe (*Laisaine* y *Chevreu*).

Algunos autores creen que despues del sexto mes de la preñez se descompone la albumina, para formar el barniz blanquecino de que está cubierto el cuerpo del feto cuando nace; pero es mucho mas probable que este barniz sea el resultado de una secrecion del feto, puesto que aparece en la época en que se desarrollan los folículos sebáceos, y se encuentra abundantemente en aquellos puntos en que son muchos estos folículos (*Dict. des Scienc. med.*)

Las aguas del amnios no sirven, como se ha creído, para nutrir al feto; pero le tienen aislado durante la preñez, y evitan así toda especie de adherencia entre sus partes. Tambien favorecen su desarrollo y sus movimientos, y le precaven de los choques exteriores que podrian comprometer su existencia. Durante el parto contribuyen poderosamente á la dilatacion del cuello, y facilitan el parto lubricando las partes que debe atravesar la criatura.

Aguas falsas. Algunos autores han creído que las aguas que se derraman algunas veces antes del parto se habian acumulado entre las membranas, y que no procedian de la cavidad del amnios. Pero en las mugeres que han presentado este fenómeno no se ha encontrado ninguna especie de separacion entre las membranas; por manera que no puede demostrarse la existencia de estas falsas aguas. Es mucho mas probable que el líquido sale entonces de la cavidad del amnios al través de una abertura hecha encima del orificio del cuello uterino.

MM. Gardien y Capuron, creen que estas aguas pueden venir de las membranas cubiertas de otro feto, muerto y disuelto poco tiempo despues de la concepcion; piensan tambien que en ciertos casos han podido tenerse por falsas aguas las

orinas que excretan muchas veces las mugeres, involuntariamente, á lo último de la preñez.

§. III. De la placenta.

Se da el nombre de placenta al cuerpo esponjoso y vascular que se encuentra en el exterior de las membranas corion y amnios. La placenta se forma en el sitio en que el corion corresponde inmediatamente á la superficie interna del útero. Sus primeros principios no son mas que granulaciones vasculares, que separadas al principio unas de otras, se aproximan á medida que se desarrollan, y se reúnen despues para formar un cuerpo denso, que es la placenta.

Al fin de la preñez, la placenta presenta de 7 á 8 pulgadas de *diámetro*, cerca de 1 pulgada de *espesor* en su centro, y algunas líneas solamente en su circunferencia. Lo mas comun es el ser oval y aplanada en dos sentidos.

Su *cara uterina* es convexa, desigual, y está sembrada de un gran número de cotiledones redondeados, que cubre una lámina membranosa excesivamente delgada y no organizada.

La *cara fetal* es cóncava, y está cubierta por las membranas corion y amnios: presenta un gran número de ramificaciones arteriales y venosas, que reuniéndose conforme se acercan, acaban por no formar mas que tres vasos principales, que son los del cordon umbilical. Este toma insercion la mayor parte de las veces en la parte media de esta cara fetal, por lo cual se da al cuerpo esponjoso el nombre de *placenta aparasolada*. Otras veces toma la insercion muy cerca del borde, y entonces se la llama placenta *en forma de raqueta*.

La *circunferencia* de la placenta es delgada y mas ó menos irregular: su extension es de cerca de 24 pulgadas.

Estructura. La placenta es eminentemente celulosa y vascular, rojiza, blanda y muy desmenuzable; cada uno de los lóbulos de que se compone recibe una arteria y una vena particulares que se dividen hasta lo infinito, y no se comunican, segun Wrisberg, con las de los lóbulos inmediatos. Se encuentra tambien en su espesor un gran número de prolongaciones membranosas. Tambien contiene unos filamentos nerviosos muy perceptibles, segun observó Sir Everard Home,

que los hizo delinear, y segun M. Fohmann muchísimos vasos linfáticos (1).

Variedades. La placenta es algunas veces muy voluminosa y muy ancha (2); otras es muy pequeña en todos sentidos, y puede ser muy gruesa ó muy delgada y como membranosa. Tambien puede presentar en su forma las mismas variedades que en su volúmen: así es que puede ser redondeada, ovalada, dividida en dos ó en mas lóbulos, doblada sobre sí misma en forma de riñon, &c. En este último caso se ata ordinariamente el cordon umbilical á una especie de cisura, que presenta entonces el borde de la placenta.

Cuando la matriz contiene dos ó mas fetos, hay por lo comun otras tantas placentas, que estan aisladas ó bien reunidas de manera que por lo general parece que no forman mas que una sola con muchos cordones; y no hay por lo comun ninguna especie de comunicacion entre ellas: algunas veces la reunion no es tan completa.

Generalmente cada uno de los fetos está contenido en una bolsa particular; sin embargo, algunas veces estan encerrados en la misma cavidad.

Punto de insercion. La placenta toma insercion, por lo general, en el fondo de la matriz; pero puede igualmente fijarse en todos los demas puntos del órgano, y aun en el orificio del cuello.

Medios de insercion. Están divididos los pareceres sobre este punto: unos han comparado la adherencia de la placenta al injerto de los vegetales: otros á esas plantas parasitas que se agarran á los árboles para sacar de ellos su nutrimento, y otros en fin han pensado que los lóbulos de este cuerpo encajaban en la superficie interna de la matriz, &c.; pero hoy dia parece ya demostrado que se verifica la adherencia por medio de la cubierta membranosa que cubre la cara fetal del cuerpo

(1) Seria difícil en el dia negar la existencia de los vasos linfáticos en la placenta; pues el autor citado ha llegado á inyectarlos de una manera admirable. Uno de sus mas distinguidos discípulos, el Dr. Mr. Phillips de Liege, ha hecho en mi presencia una inyeccion que ha penetrado facilmente del cordon umbilical á la placenta, y la pieza se puso despues de manifiesto á todos los discípulos que asistian á mi leccion.

(2) Se han hallado algunas que tenian 10, 12, 13, 14 y 15 pulgadas de diámetro: y yo he mostrado últimamente á mis discípulos una que presentaba de un lado á otro 14 pulgadas menos cuarto.

esponjoso; y muy probablemente tambien por medio de los vasos que van de la matriz á la placenta.

Modo de comunicarse la placenta con la matriz. Este punto de embriología ha sido el objeto de muchas contestaciones. Muchos autores, apoyándose en hechos mas ó menos concluyentes, aseguran que los vasos de la matriz no se comunican directamente con los de la placenta, y que la sangre penetra en esta última solamente por imbibicion; otros, en mayor número, entre ellos Chaussier, Beclard, MM. Dubois, Deneux y Duges son de opinion contraria, y no les faltan pruebas para sostener su modo de pensar, que acaban tambien de confirmar los recientes experimentos del Dr. David Williams; de modo que es muy probable que la circulacion útero-fetal se efectúe por el intermedio de vasos no interrumpidos (*Dict. des Scienc. med.*). En efecto, ¿qué se puede oponer á estos autores cuando dicen que habiendo hecho ellos mismos inyecciones en muchas mugeres que murieron embarazadas, pasaron de la madre á la criatura, y reciprocamente de la criatura á la madre? ¿Se dirá que hubo aquí alguna imbibicion? No pudo haberla, y todo el mundo conocerá que la inyeccion no ha podido penetrar sino por vasos continuados.

Usos de la placenta. La placenta ha sido alternativamente comparada en cuanto á sus usos con el pulmon, el hígado, el bazo, el corazon, &c.; pero el mayor número de los fisiólogos piensan en la actualidad que es el medio principal de union y de comunicacion entre la madre y la criatura, y que su funcion principal consiste en recibir de la madre, para transmitir al feto, los jugos necesarios para su nutricion.

§. IV. Del cordon umbilical.

El cordon umbilical se extiende desde la placenta hasta el ombligo del feto. Si hemos de dar crédito á la mayor parte de los anatómicos, no existe en los primeros meses de la preñez, y el embrión se halla entonces inmediatamente aplicado á sus cubiertas por un punto que corresponde á su region abdominal. Pero M. Ollivier dice que le ha observado del modo mas evidente en un gran número de huevos abortivos, cuya formacion no contaba un mes; y que tenia entonces 5 ó 6

líneas: de donde infiere este autor que si el embrión está inmediatamente unido á sus membranas, no debe existir al principio esta union sino durante un espacio de tiempo muy corto. Por lo que á mi toca, estoy convencido, segun las investigaciones que he podido hacer, que el cordón existe desde el principio de la preñez.

En un principio el cordón no está retorcido en forma de espiral, y solo despues del segundo mes es cuando empieza á manifestar esta configuracion.

Hasta el fin del tercer mes, el cordón umbilical contiene una parte del canal intestinal; una parte ó la totalidad de la vesícula umbilical, los vasos *onfalomesentéricos*, que se extienden desde esta vesícula hasta la pared posterior del abdómen, probablemente el uraco (Duges), y por último los vasos umbilicales.

En la época del nacimiento, el cordón umbilical ya no está compuesto mas que de la vena y de las dos arterias umbilicales, de una sustancia gelatiniforme (*gelatina de War-ton*), que rodea estos vasos, y de una cubierta comun formada por las membranas corion y amnios.

La vena umbilical es mas gruesa por sí sola que las dos arterias: nace de la placenta por una infinidad de raicillas, que reuniéndose segun se aproximan, acaban por no formar mas que un solo tronco. La vena umbilical recorre toda la longitud del cordón, recogándose por lo regular sobre sí misma, y dando así origen á unos nudos que tambien pueden estar formados por las arterias. Despues que ha llegado al ombligo de la criatura, la vena umbilical se separa de las dos arterias y va á la cisura del hígado, pasando por el espesor del ligamento suspensorio; da á derecha y á izquierda un crecido número de ramos, y se divide despues en dos ramas principales, una de las cuales va á parar á la vena cava inferior, con el nombre de *conducto venoso*, y la otra al seno de la vena porta. La vena umbilical carece de válvulas.

Las arterias umbilicales nacen de las hipogástricas, de las que parece son una continuacion; al principio se meten un poco en la excavacion de la pelvis á los lados de la vejiga, y despues suben por detrás de la pared anterior del abdómen, acercándose la una á la otra hasta el ombligo. Allí se reunen

á la vena, descenden todo lo largo del cordon, describiendo muchas tortuosidades, y terminan en la placenta por una infinidad de ramificaciones, que no todas comunican con la vena umbilical.

Sucede algunas veces que los vasos del cordon se separan unos de otros antes de llegar á la placenta; penetran entonces por puntos diferentes, de modo que parece que hay muchos cordones. Yo he observado esta disposicion en la placenta de una joven á quien asistí en el parto el año último en mi anfiteatro.

¿Carece el cordon umbilical de nervios y de vasos linfáticos como se ha dicho? Sir Everard Home, que ha hecho sobre esto muchas investigaciones, dice que el cordon contiene nervios; y aun los presenta delineados en una Memoria que publicó despues en el año de 1829.

En cuanto á los vasos linfáticos, las inyecciones de Mr. Fohmann parece que no dejan ninguna duda de que los hay.

Su longitud media es de 20 á 22 pulgadas, y su volumen ordinario es igual al del dedo meñique; pero estas dimensiones están sujetas á un gran número de variaciones: así es que se han encontrado cordones que solo tenian 2 pulgadas de longitud, y otros que tenian hasta 5 y aun 6 pies. Tambien se han visto algunos muy delgados, y otros muy voluminosos.

Cuando el cordon es muy corto, se halla muy tirante mientras dura la preñez; lo que puede ocasionar la rotura de los vasos umbilicales, ó bien el desprendimiento de la placenta. En el acto del parto, este vicio del cordon puede dar lugar á la inversion de la matriz, si las adherencias de la placenta son tambien muy fuertes.

Cuando el cordon es muy largo, puede dar muchas vueltas circulares alrededor del cuello, del tronco, y de las membranas del feto. Las circunvoluciones que rodean el cuello pueden apretarse, y hacer que perezca la criatura, ó exponerla á una apoplejía. (*Gardien*). El cordon muy largo puede anudarse de diversos modos; pero estos nudos, cualesquiera que sean su número y forma, no perjudican por lo regular al desarrollo del feto.

Es de observar que el cordon muy delgado ó muy volu-

minoso cede con frecuencia á las menores tracciones que se hacen en él.

El cordon umbilical establece durante la preñez una comunicacion directa entre la madre y la criatura. Desde que nace ésta, la porcion de los vasos umbilicales, que se hallaba contenida en el abdómen, se oblitera y vuelve ligamentosa. La que queda fuera no tarda en desprenderse en el lugar de su insercion en el ombligo.

§. V. De la vesícula umbilical, y de la alantoides.

La vesícula umbilical y la alantoides son dos bolsitas membranosas, enteramente distintas la una de la otra, y cuya existencia en el hombre, á pesar de lo que dicen algunos autores, parece constante hasta el tercer mes de la preñez.

Vesícula umbilical.

La vesícula umbilical está situada al principio en la cara anterior é inferior del embrion; pero se aleja de él progresivamente á medida que se forma el cordon, de suerte que al segundo mes se encuentra adherente á la cara fetal de la placenta cerca de la insercion del cordon, entre las dos membranas fetales. (*Dict. des Scienc. med.*)

La vesícula umbilical es tanto mas voluminosa cuanto mas nuevo es el embrion: su diámetro al principio es ordinariamente de cerca de 3 líneas. Está formada por una membrana granulosa, transparente y de mucha resistencia; contiene un líquido, claro al principio, pero que insensiblemente se vuelve blanquecino, se disminuye en cantidad, se espesa, y acaba por endurecerse (*Idem.*)

Sus usos parece que son contribuir á la nutricion del embrion hasta que esté establecida la circulacion por el cordon: entonces cesan enteramente sus funciones, por cuanto los vasos umbilicales toman de la sangre de la madre los materiales que deben servir para nutrir al gérmen.

Alantoides.

La alantoides está situada, lo mismo que la vesícula umbilical, entre el corion y el amnios; su figura es prolongada, y sus paredes muy delgadas. Se ha creido que al princi-

pio se comunicaba con la vejiga por medio del uraco; y á causa de esta presunta comunicacion se juzgó que era orina el líquido que contiene; pero, fuera de que no está bien demostrada esta comunicacion, nuevas investigaciones han probado que el líquido tiene alguna analogía con el que contiene la vesícula umbilical; lo que induce naturalmente á creer que los usos de esta segunda vesícula son absolutamente los mismos que los de la primera.

ARTÍCULO VII.

Funciones del feto.

§. I. Nutricion.

Los autores estan lejos de convenir sobre este punto importante de embriología; sin embargo, nos abstendremos de reproducir aquí sus discusiones, limitándonos á decir lo que tenemos por mas probable.

Nos parece, pues, demostrado: 1.º que en los primeros tiempos de la preñez, y antes que tenga lugar la circulacion por el cordon umbilical, se alimenta el embrion á expensas del fluido contenido en la vesícula umbilical y en la alantoides; 2.º que una vez establecida la circulacion del cordon, los vasos umbilicales toman de la sangre de la madre los principales materiales de la nutricion; 3.º en fin, que las aguas del amnios de ningun modo son necesarias para el desarrollo del feto, pues que la experiencia demuestra que puede estar privado de ellas por espacio de ocho dias, de quince y aun de un mes entero sin dejar por eso de vivir.

¿Pero la sangre que recibe la criatura es del todo semejante á la que circula en los vasos de la madre? Las investigaciones hechas sobre este particular tienden á demostrar que no lo es: el líquido, atravesando la placenta, experimentaria en ella una especie de elaboracion que la pondria en relacion con la delicadeza y fragilidad de los órganos que debe nutrir. Un autor inglés, Mr. Lee, ha dicho que el hígado segregaba con mucha abundancia una materia blanquecina que, segun él, parece destinada á la nutricion de la criatura; pero esta opinion necesita ser confirmada por nuevas investigaciones.

§. II. Secreciones.

No todas las secreciones que se verifican en el feto, se manifiestan en la misma época: las hay que se efectúan muy temprano, y otras que no tienen lugar sino en una época bastante adelantada de la preñez.

El aparato urinario parece que desempeña sus funciones desde los primeros periodos de la vida intra-uterina; efectivamente, en esta época ya ofrecen los riñones un desarrollo bastante considerable, y la vejiga contiene orina.

El hígado empieza á aparecer entre la primera y la tercera semana; pero hasta el quinto ó sexto mes no se observa bilis en la vejiga.

El conducto intestinal contiene en los primeros meses un líquido cuyas propiedades varían sucesivamente hasta el nacimiento, y que parece ser exclusivamente excrementicio. (*Dict. des Scienc. med.*)

La piel hácia el sexto mes segrega un fluido graso, viscoso y blanquecino, semejante á la materia sebácea del glande y de la vulva.

§. III. Respiracion.

No puede admitirse la existencia de esta función en el feto, apesar de las sábias investigaciones de Vesalio, que dice haber visto fetos de mamíferos con movimientos de respiración en el agua del amnios, y de Beclard, que, habiendo abierto perras, gatas y conejas, *ha visto distintamente* en los fetos, al través de las membranas y del agua del amnios, movimientos respiratorios, que consistían en la abertura de la boca, dilatación de las ventanas de la nariz, y elevación simultánea de las paredes del torax. Mas para respirar es necesario el aire, y está bien demostrado que las membranas no contienen ninguno. Además, el ser los pulmones de la criatura enteramente compactos hasta el momento de su nacimiento, es otra prueba, todavía mas fuerte, de que el feto no respira en la matriz.

El vagido uterino que algunos autores dicen haber oído con la mayor distinción, de ningún modo podría explicarse sino solamente en el caso en que, despues de la rotura de las

membranas, se hallasen las aberturas de la cara en relacion con el aire exterior.

§. IV. Circulacion.

Como los órganos, por los cuales se verifica la circulacion fetal, no están dispuestos del mismo modo que en los adultos (1), es claro que tambien el curso de la sangre debe presentar diferencias notables. Sucede lo siguiente: luego que la sangre llega á la vena umbilical, recoge todo su trayecto hasta llegar debajo del hígado, donde se divide en dos columnas principales, una de las cuales se encamina al seno de la vena porta, y la otra á la vena cava inferior, pasando por el conducto venoso: la sangre que fue llevada al hígado, vuelve á la vena cava inferior pasando por las venas hepáticas; toda la que está entonces contenida en la vena cava inferior pasa á la aurícula izquierda del corazon, al través del agujero de Botal; de la aurícula izquierda va al ventrículo izquierdo, y de este á la aorta superior, que la lleva á la cabeza, al cuello, á las extremidades torácicas, &c. Esta primera columna de sangre, despues de haber provisto á todas las partes que acabamos de indicar, vuelve á la aurícula derecha del corazon por la vena cava superior. De la aurícula derecha pasa la sangre al ventrículo del mismo lado, y de este último á la arteria pulmonar: allí se divide en tres columnas, dos de las cuales, muy pequeñas, van á los pulmones para volver á la aurícula izquierda del corazon por las venas pulmonares; mientras que la tercera, mas voluminosa, atraviesa el conducto arterial para ir á desaguar en la aorta, un poco por debajo de su cayado. Esta última columna de sangre recorre todo el trayecto de la aorta descendente, y provee á todas sus ramas: luego que llega cerca del ángulo sacro-vertebral, se divide en dos columnas principales, que siguen el trayecto de las iliacas primitivas, y se subdivide luego cada una en otras dos columnas, una de las cuales va á distribuirse en las extremidades abdominales para volver despues á la vena cava inferior, mientras que la otra vuelve á la placenta, siguiendo el trayecto de las arterias umbilicales. Estos últimos

(1) Véase la explicacion de la lámina 15.

vasos hacen por consiguiente el oficio de venas, al paso que la vena umbilical hace el de arteria.

Cambios que experimenta la circulacion del feto en los últimos tiempos de la preñez, y en el momento de nacer.

Mientras que el feto está encerrado en el seno de su madre, se efectua la circulacion por las vias anteriormente indicadas, mas no siempre la sangre se distribuye con igualdad; asi, á medida que se adelanta la preñez, y se acerca el feto á su completo desarrollo, se estrechan progresivamente el agujero de Botal, y el conducto arterioso, los atraviesa una cantidad menor de sangre, en tanto que otra mayor se dirige á los pulmones, y así es como la naturaleza anuncia de algun modo las variaciones importantes que deben sobrevenir mas tarde.

Luego que ha nacido la criatura, se establece la respiracion, se dilatan los pulmones, y se efectua la circulacion como en los adultos; entonces el agujero de Botal, el conducto arterioso y los vasos umbilicales se encogen cada vez; mas, y concluyen por obliterarse.

§. V. Movimientos.

Los movimientos del feto no son en general perceptibles sino hácia el medio de la preñez, pero no se infiere de aqui que no empiecen antes de esta época. En efecto, el feto se mueve mucho mas pronto, pero su debilidad y la cantidad de agua que le circunda, impiden que puedan percibirse sus movimientos.

ARTÍCULO VIII.

De la superfetacion.

Se dice que hay superfetacion siempre que estando una muger en cinta, se verifica en ella una nueva concepcion.

Los autores están lejos de convenir sobre este punto interesante de fisiologia.

Unos no admiten de modo alguno la superfetacion.

Otros la admiten en algunos casos excepcionales.

Otros, en fin, la miran como posible en todos casos, y en todas las épocas de la preñez.

Los que niegan enteramente la superfetacion, se engañan evidentemente, porque en el día hablan muchos hechos en favor de ella. ¿Cómo se pueden explicar, efectivamente, de otra manera aquellos partos, en que algunas mugeres han dado á luz en un mismo dia dos criaturas de color diferente? Asi, se refiere que muchas mugeres negras, ó blancas, han parido de una vez una criatura negra, y otra blanca: habiendo confesado las mismas que se habian unido, con algunas horas de intervalo, con dos hombres diferentes, uno negro, y otro blanco. Tambien deben contarse entre las superfetaciones aquellos casos en que algunas mugeres han parido en el espacio de algunos meses criaturas de todo tiempo y perfectamente desarrolladas. Igualmente se engañan los que piensan que la superfetacion puede verificarse cuando la matriz presenta su conformacion ordinaria, y en todas las épocas de la preñez; porque es imposible que una vez que el huevecillo haya descendido á la matriz, pueda tener lugar una nueva fecundacion.

Soy, pues, de la opinion de los que creen que la superfetacion solo es posible en los casos siguientes: 1.º cuando la cavidad de la matriz está dividida en dos senos por un tabique longitudinal (1); 2.º cuando el primer gérmen se ha situado fuera de la matriz, como en las preñeces extra-uterinas (2); 3.º, en fin, cuando la muger ha expelido la placenta muchas veces en el mismo dia antes de la obliteracion completa de las trompas y de la matriz (3).

CAPÍTULO IV.

DEL PARTO.

El parto puede definirse, la expulsion natural, ó la extraccion por el arte del feto fuera del seno de su madre. Por consiguiente, hay dos especies de partos; el natural y el preternatural.

(1) Se comprende entonces, que la concepcion puede efectuarse ya en un lado, ya en otro.

(2) Se citan las observaciones de muchas mugeres que, hallándose con la preñez extra-uterina, han podido dar á luz otras criaturas contenidas en la matriz.

(3) En esta última ocasion, es cuando principalmente se ha observado la superfetacion, segun parece que lo prueban un gran número de hechos.

ARTÍCULO PRIMERO.

Del parto natural.

Llámanse así el que se termina por las solas fuerzas de la naturaleza. Su época ordinaria es el fin del noveno mes (270 días).

Sin embargo, algunas veces se verifica antes de este término: por ejemplo, á los 7 ó á los 8 meses: entonces se le denomina *prematuro*. En otras circunstancias no se verifica sino despues de pasados los 9 meses, y entonces se le llama *tardío*.

En el primer caso se supone que la naturaleza no necesitó los 9 meses para conducir el feto á su completo desarrollo, mientras que en el segundo necesitó mas de este tiempo para darle las fuerzas necesarias para la conservacion de la vida.

Asi, pues, son indubitables los partos prematuros y tardíos; y por otra parte, la ley mira como legítimos los hijos que nacen á fines del sexto mes (180 días), y del décimo (300 días) (1).

§. I.

Causas del parto. Son enteramente desconocidas las *causas determinantes* que hacen que el parto se presente mas bien al fin del noveno mes que en cualquiera otra época; y cuanto se ha dicho sobre el particular no son mas que hipótesis.

En cuanto á las *causas eficientes* son bien conocidas en el día, y se sabe el ningun crédito que merece la opinion de los antiguos, que sostenian que la criatura hacía un papel activo en el momento de nacer. En efecto, ¿cómo podría conservarse de modo alguno esta opinion cuando se ve diariamente que el útero se desembaraça de fetos muertos?

La matriz es, pues, la que, por medio de sus reiteradas

(1) Esta disposicion legal, consignada en los artículos 312 y siguientes del Código civil frances, se halla vigente en España con respecto á los nacimientos tardíos; mas por lo que hace á los prematuros, es necesario que la criatura toque un día del seteno mes para que se declare legítima, segun la letra y espíritu de la ley IV, título 23, Partida 4. (Nota del Traductor).

contracciones, arroja al exterior la criatura que contiene en su cavidad. Verdad es que su accion está sostenida generalmente por las contracciones del diafragma, de las paredes abdominales, y aun de todos los músculos de la economía; pero no es indispensable esta participacion, puesto que se ha visto desembarazarse el útero del producto de la concepcion aun cuando se hallaba enteramente extinguida la vida animal. Yo mismo he sido testigo en el año de 1832 de uno de estos partos; la muger estaba embarazada de 8 meses, hacia cerca de 3 horas que habia muerto, y la criatura ya no existia.

§. II.

Signos precursores del parto. Cuando la preñez no tiene ya que seguir mas que por algunos dias, baja la matriz, la respiracion se vuelve mas libre, y las digestiones mas fáciles; la muger se siente mas ligera y ágil en sus movimientos; sin embargo, se queja algunas veces de ansiedad, abatimiento, pesadez en la pelvis, y de desarreglo en la excrecion de las orinas, y de las materias fecales. Finalmente, llega el término de la preñez, y empieza el trabajo del parto.

ARTÍCULO II.

Primer fenómeno.

Dolores.

Los dolores que acompañan al trabajo del parto son de dos modos: los unos *verdaderos*, proceden de la matriz, y sirven para la expulsion del feto; y los otros, *falsos*, son enteramente extraños al parto.

§. I.

Los dolores verdaderos dependen de las contracciones del útero, y son ordinariamente regulares en su marcha. Ligeros, y distantes unos de otros al principio del trabajo del parto, se suceden despues con tanta mayor fuerza y rapidez cuanto se halla mas próximo el término de este. Los dolores verdaderos se reconocen principalmente por la dureza que

adquiere el globo de la matriz mientras se sienten, por la rigidez de su cuello, por la tension de las membranas, y por la calma perfecta que les sucede.

§. II.

Los dolores falsos no tienen punto fijo; se sienten ya en la region de los riñones, ya hácia la vejiga, y otras veces en el canal intestinal, &c., pero jamas se refieren á la matriz; así es que no se advierte, mientras duran, ningun signo de contraccion por parte de este órgano. Los dolores falsos son por otra parte muy irregulares en su curso, y nunca dejan tras de sí aquella calma perfecta que sigue ordinariamente á los verdaderos.

Los dolores verdaderos y falsos pueden existir simultáneamente, y en grados diferentes en una misma muger; por lo comun los últimos son los mas agudos y dificiles de sufrir; entonces llega el caso de decir con M. Capuron "que la muger pare *con* falsos dolores, y no *por medio* de ellos," puesto que es sabido que estos últimos son enteramente extraños al parto.

ARTÍCULO III.

Segundo fenómeno.

Dilatacion del cuello de la matriz, formacion y rotura de la bolsa de las aguas.

§. I.

La dilatacion del cuello es el efecto inmediato de las contracciones del útero. Sin embargo, cuando ya está adelantado el trabajo del parto, la bolsa de las aguas, y despues la cabeza del feto, insinuándose en el orificio, favorecen singularmente su dilatacion.

El cuello de la matriz, en igualdad de circunstancias, se dilata con mucha mayor lentitud en el primer parto que en los que le siguen; del mismo modo su dilatacion es en todos los casos menos pronta al principio que al fin del parto.

Cuando el cuello se halla enteramente dilatado, la matriz forma con la vagina un conducto no interrumpido; en-

tonces las partes están lubricadas por abundantes mucosidades, que se tiñen luego de sangre.

§. II.

Formacion de la bolsa de las aguas. A medida que se abre la matriz, las membranas que contienen las aguas del amnios se insinúan al través del orificio, y forman allí una bolsa que se aumenta por grados hasta la entera dilatacion del cuello.

La bolsa de las aguas es, en el mayor número de casos, redondeada y regular, y no sale fuera del orificio sino cuando está completamente dilatado; sin embargo, algunas veces, cuando las membranas son de una textura muy laxa, se prolongan en la vagina en forma de tripa, y se acercan mas ó menos á la vulva, de donde pasan en ciertos casos.

La bolsa de las aguas está blanda cuando se halla la matriz en estado de reposo; al contrario está dura y tirante mientras permanece la contraccion del órgano.

§. III.

Rotura de la bolsa de las aguas. Una vez abierto suficientemente el cuello para dejar pasar la cabeza del feto, se rompe la bolsa, y las aguas del amnios se derraman al exterior (1); pero no siempre sucede esto tan felizmente, y las membranas se rompen algunas veces ó muy pronto, ó muy tarde. En el primer caso el trabajo se interrumpe por lo regular, y ya no se efectua la dilatacion del cuello sino con mucha lentitud y dificultad: en el segundo se retarda el parto, el feto lleva por delante de sí las membranas, y nace *cubierto*, como se suele decir; pero esta circunstancia, que el vulgo mira como feliz, puede causar en el mismo instante los mas funestos accidentes, tales como la inversion de la matriz, y la hemorragia fulminante, la asfixia de la criatura, &c.: afortunadamente se pueden precaver casi siempre estos accidentes, rasgando las membranas.

Durante este segundo tiempo del trabajo del parto, y

(1) Algunas veces las membranas se rompen por encima del orificio de la matriz, y entonces se derrama una parte nada mas de las aguas, y la bolsa sigue dilatándose á cada dolor.

principalmente hácia su fin, se observa en las funciones de la economía un desarreglo, mas ó menos notable, que se aumenta todavía mas al tiempo de la expulsion del feto; el pulso se pone mas fuerte y frecuente, se precipita la respiracion, hay vómitos, algunas veces se aumenta el calor del cuerpo, la piel se cubre de sudor, se anima, y se pone colorado el rostro, y muchas veces sobreviene delirio.

ARTÍCULO IV.

Tercer fenómeno.

Expulsion del feto.

Una vez dilatado enteramente el cuello de la matriz, y rotas las membranas, el feto, comprimido por todas partes, se introduce en la pelvis, que atraviesa siguiendo la marcha que vamos á describir.

Es preciso tener entendido que suponemos, *por parte de la madre*, una pelvis bien conformada, fuerzas suficientes, y que no hay ningun accidente grave; y *por parte del feto* una conformacion regular, y una buena presentacion. De otra manera el parto deberia contarse entre los preternaturales.

§. I. Del parto natural por el vértice de la cabeza.

El parto natural por el vértice de la cabeza no puede verificarse sino en las cuatro posiciones siguientes:

Primera posicion (*Occipito-cotiloidea izquierda*).

Relaciones principales (1). El occipicio corresponde á la cavidad cotiloidea izquierda, y la frente á la sinfisis sacroiliaca derecha. La region posterior del tronco mira hácia adelante y á la izquierda, y la anterior hácia atrás y á la derecha: los pies están en el fondo de la matriz.

(1) Aquí, y siempre que se trate de posiciones, nos limitaremos á indicar las principales relaciones del feto con su madre, porque siendo estas conocidas, lo serán igualmente las demas. Por otra parte los pormenores minuciosos, en que han entrado algunos autores sobre este particular, nos parecen enteramente inútiles, y aun perjudiciales, á causa de que por ellos se pierde de vista lo esencial, por la confusion que causan á los alumnos.

Mecanismo. Comprimida la cabeza por las contracciones de la matriz se dobla sobre el pecho, y su diámetro occipitometal se hace paralelo al eje del estrecho superior. Recorre así toda la excavacion de la pelvis; pero despues que llega cerca del estrecho inferior encuentra los planos inclinados que le imprimen un movimiento de rotacion; el occipucio se desliza sobre el plano inclinado anterior izquierdo, y viene á colocarse debajo del arco de los pubis, mientras que la cara resbala sobre el plano inclinado posterior derecho, y va á parar á la corvadura del sacro. Desde entonces el mayor diámetro de la cabeza se halla en relacion con el mayor diámetro del estrecho inferior, y nada se opone ya á la salida de esta parte del feto sino la resistencia de los órganos genitales externos y del perineo.

Comprimida siempre la cabeza por las contracciones de la matriz, se adelanta cada vez mas, y efectúa gradualmente la dilatacion de la vulva. Despues de cada dolor sube mas ó menos á la excavacion de la pelvis.

Finalmente, cuando se ha vencido la resistencia de las partes genitales, la cabeza sale al exterior. En este momento el occipucio da vuelta por delante de los pubis, y los diferentes puntos de la cara se desprenden sucesivamente por delante de la comisura posterior.

Libre ya la cabeza recobra sus relaciones naturales con el tronco; el occipucio se dirige hácia la ingle izquierda, y la cara hácia la parte posterior é interna del muslo derecho. Nada tiene de extraño que el cuerpo del feto tome la misma direccion que antes tenia; puesto que el tronco no habia participado del movimiento de rotacion que ha debido experimentar la cabeza para atravesar el estrecho inferior (1).

Introducidos oblicuamente los hombros en el estrecho superior, recorren la excavacion de la pelvis, y despues de haber llegado al estrecho inferior, encuentran los planos inclinados que les imprimen, lo mismo que á la cabeza, un movimiento de rotacion. El hombro derecho se coloca debajo del arco de

(1) Sucede algunas veces que la cabeza, en vez de volver á tomar la posicion que tenia en el estrecho superior, se vuelve en segunda posicion; pero esta conversion se ve raras veces.

los pubis, y el izquierdo en la corvadura del sacro. En este momento la cabeza varía de relaciones; la cara viene á mirar directamente á la parte media é interna del muslo derecho, y el occipucio á la parte media é interna del muslo izquierdo.

El hombro que está detrás aparece luego en la vulva que atraviesa, mientras que le sirve de punto de apoyo el que se halla debajo del pubis. Luego que estan fuera los hombros, el resto del cuerpo es expelido ordinariamente con una gran rapidez, á causa del progresivo adelgazamiento del feto.

Segunda posicion (*Occipito-cotiloidea derecha*.)

Relaciones principales. El occipucio corresponde á la cavidad cotiloidea derecha, y la cara á la sinfisis sacro-iliaca izquierda. La region posterior del tronco mira hácia adelante y á la derecha, y la anterior hácia atrás y á la izquierda.

Mecanismo. El mecanismo de la segunda posicion es absolutamente el mismo que el de la primera; solo que los movimientos de rotacion se hacen en sentido inverso.

Tercera posicion (*Occipito-sinfisiana derecha*) (1).

Relaciones principales. El occipucio corresponde á la sinfisis sacro-iliaca derecha, y la frente á la cavidad cotiloidea izquierda. La region posterior de la criatura se dirige hácia atrás y á la derecha, y la anterior hácia adelante y á la izquierda.

Mecanismo. El mecanismo del parto natural, en esta tercera posicion, se diferencia poco del de la primera, porque se ve que los mismos diámetros del feto corresponden á los mismos diámetros de la pelvis de la madre; solo que la cara viene en esta posicion hácia arriba.

Así en el estrecho superior la cabeza se dobla sobre el pecho, y el occipucio entra en la excavacion. Cuando ha llegado la cabeza cerca del estrecho inferior, encuentra los pla-

(1) Como el occipucio es siempre el punto de donde se parte cuando se trata de manifestar las relaciones de la cabeza del feto con la pelvis de la madre, nos ha parecido mejor llamar á esta posicion *occipito-sinfisiana derecha*, que darla, como hacen otros, un nombre tomado de las relaciones de la frente con la cavidad cotiloidea izquierda.

Lo mismo haremos respecto de la cuarta.

nos inclinados que la imprimen un movimiento de rotacion; se desliza el occipucio sobre el plano inclinado, posterior y lateral derecho, para ir á colocarse en la corvadura del sacro, mientras que la cara se resbala sobre el plano anterior y lateral izquierdo para venir á situarse debajo del arco de los pubis. El occipucio, recibiendo entonces todas las contracciones de la matriz, recorre la corvadura del sacro, del coxis y del perineo, al mismo tiempo que la cara sube á la pelvis, y se dobla fuertemente sobre el pecho.

Luego empieza á manifestarse el occipucio en la vulva, la cual se dilata por grados para subir á la excavacion despues de cada dolor.

Por último, cuando se ha vencido la resistencia de las partes, sale afuera la region occipital de la cabeza siguiendo el eje del estrecho inferior; pero bien pronto, apoyándose la nuca sobre la comisura posterior, se echa hácia atrás la cabeza, y van saliendo los diferentes puntos de la cara por debajo de la sínfisis de los pubis.

Libre ya la cabeza, la extremidad cefálica del feto adquiere sus relaciones naturales con el tronco; el occipucio se dirige hácia la parte posterior é interna del muslo derecho, y la cara hácia la ingle del lado izquierdo.

Introducidos oblicuamente los hombros en el estrecho superior, recorren la excavacion de la pelvis. Así que llegan cerca del estrecho inferior, encuentran los planos inclinados que les imprimen un movimiento de rotacion; el hombro derecho va á situarse en la corvadura del sacro, y el izquierdo debajo del arco de los pubis. Al mismo tiempo la cabeza muda de relaciones: la cara se vuelve hácia el lado interno del muslo izquierdo, y el occipucio hácia la misma region del muslo derecho.

El hombro que está detrás, sale el primero, sirviéndole de apoyo el que está debajo del pubis.

Quando los hombros están ya fuera, el resto del feto se desprende sin dificultad.

Cuarta posicion (*Occipito-sinfisiana izquierda*).

Relaciones principales. El occipucio correspondé á la sínfisis sacro-iliaca izquierda, y la cara á la cavidad cotiloidea de-

recha. La region posterior del feto mira hácia atrás y á la izquierda, y la anterior hácia adelante y á la derecha.

Mecanismo. Absolutamente el mismo que el de la tercera, solo que los movimientos de rotacion se efectúan en un sentido inverso.

Nota. Estas dos últimas posiciones (3.^a y 4.^a) pueden convertirse naturalmente, á saber: la tercera en segunda, y la cuarta en primera. Las dos primeras posiciones son mucho mas ventajosas que las dos últimas; por cuanto insinuándose facilmente el occipucio por debajo del arco de los pubis, y subiendo en seguida por delante de la sinfisis, sale el resto de la cabeza sin dificultad. Al contrario en las dos últimas posiciones, como el occipucio no puede pasar al exterior sino despues de haber recorrido toda la curvadura del sacro, del coxis y del perineo, y como la cara se dobla fuertemente sobre el pecho, el parto es de los mas dificiles.

Grados de frecuencia de las presentaciones de la cabeza.

De todas las partes del feto la cabeza es la que se presenta con mas frecuencia. De 20.517 partos observados en la Maternidad en el espacio de 15 años, se presentó el vértice 19.730 veces, á saber: 15.715 veces en la primera posicion; 3.701 en la segunda; 109 en la tercera; y 92 en la cuarta.

El occipucio se halló seis veces colocado inmediatamente detrás del pubis, y dos veces solamente delante del sacro. En dos casos correspondia el occipucio hácia el borde de la fosiliara izquierda, y en otros 103 no pudo determinarse la posicion particular.

Del parto natural por la extremidad abdominal del feto.

§. II. Presentaciones de los pies.

En estas presentaciones está dispuesto el feto de manera que los muslos se hallan doblados sobre la pelvis, las piernas sobre los muslos, y los talones aplicados á las nalgas.

Los pies pueden presentarse en 4 posiciones principales.

Primera posición (*Calcaneo-cotiloidea izquierda*).

Relaciones principales. Los talones corresponden á la cavidad cotiloidea izquierda, y los dedos de los pies á la sínfisis sacro-iliaca derecha.

La region posterior del feto mira hácia adelante y á la izquierda, y la anterior hácia atrás y á la derecha. La cabeza se halla en el fondo de la matriz.

Mecanismo. Comprimidos los pies por las contracciones del útero, atraviesan sin dificultad la excavacion y el estrecho inferior de la pelvis. Las nalgas llegan á su vez; pero al encontrar los planos inclinados, experimentan un movimiento de rotacion, por el cual la cadera izquierda viene á situarse debajo del pubis, mientras que la derecha va á colocarse en la corvadura del sacro (1). La cadera que está detrás se presenta de allí á poco, y sale la primera, sirviéndole de punto de apoyo la que está encima. Despues que han salido fuera las nalgas, recobran insensiblemente la posición que tenían antes de experimentar su movimiento de rotacion.

El tronco recorre la excavacion de la pelvis, y los brazos permanecen aplicados sobre sus partes laterales y anteriores, si no se colocan á los lados de la cabeza.

Los hombros se introducen oblicuamente en el estrecho superior, y cuando han llegado al estrecho inferior, se vuelven de modo que el uno se coloca debajo del pubis, y el otro en la corvadura del sacro: luego que están fuera recobran su primera posición.

La cabeza se introduce oblicuamente en el estrecho superior, y la barba se dobla sobre el pecho. Cuando llega al estrecho inferior experimenta su movimiento de rotacion; la cara se va á situar en la corvadura del sacro, y el occipucio viene debajo del arco de los pubis. Entonces la barba recorre toda la corvadura del sacro, del coxis y del perineo, y se presenta de allí á poco en la vulva. Se desprenden los diferentes puntos de la cara por delante de la comisura posterior, y el occipucio sale el último.

(1) Este movimiento de rotacion no tiene lugar sino cuando es muy pequeña la criatura, ó muy anchas las partes de la madre; entonces las nalgas salen oblicuamente.

Segunda posición (*Calcáneo-cotiloidea derecha*).

Relaciones principales. Los talones corresponden á la cavidad cotiloidea derecha, y los dedos de los pies á la sínfisis sacro-iliaca izquierda. La region posterior del feto se dirige hácia adelante y á la derecha, y la anterior hácia atrás y á la izquierda.

Mecanismo. El mismo que en la primera posición, excepto que los movimientos de rotacion se efectuan en un sentido inverso.

Tercera posición (*Calcáneo-sinfisiana derecha*) (1).

Relaciones principales. Los talones corresponden á la sínfisis sacro-iliaca derecha, y los dedos de los pies á la cavidad cotiloidea izquierda. La region posterior del tronco se dirige hácia atrás y á la derecha, y la anterior hácia adelante y á la izquierda.

Mecanismo. El mecanismo del parto natural en esta tercera posición, no se diferencia del de la primera, sino en que la region anterior del feto viene hácia la parte superior. Por lo demás todos los movimientos se efectuan en el mismo sentido.

Así, comprimidos los pies por las contracciones del útero, atraviesan sin dificultad la excavacion, y el estrecho inferior de la pelvis. Cuando llegan las nalgas á los planos inclinados, se vuelven de tal modo, que la cadera derecha viene á colocarse debajo del pubis, mientras que la izquierda va á la curvadura del sacro, en seguida pasa al exterior, y vuelve á tomar su primera posición.

Los hombros se introducen oblicuamente en el estrecho superior, recorren la excavacion, y así que llegan al estrecho inferior, dan vuelta en el mismo sentido que las nalgas.

La cabeza entra á su vez en el estrecho superior, se dobla sobre el pecho, y se introduce en la pequeña pelvis. Al llegar al estrecho inferior experimenta un movimiento de

(1). Lo que hemos dicho en cuanto á la tercera posición de la cabeza se aplica á esta tercera posición de los pies: la denominacion de *calcáneo-sinfisiana derecha* la conviene mucho mejor que todas las demás que se la han dado hasta ahora. Lo mismo diremos con respecto á la cuarta, que llamaremos *calcáneo-sinfisiana izquierda*.

rotacion, por cuyo medio se dirige el occipucio á la corvadura del sacro, y la cara debajo del arco de los pubis.

El occipucio recorre entonces toda la corvadura del sacro, del coxis y del perineo, mientras que la cara sube á la pelvis, pero de allí á poco, apoyándose la nuca en la comisura posterior, se echa hácia atrás la cabeza, y se desprende la cara por debajo del pubis. El occipucio sale el último.

Cuarta posicion (*Calcdneo-sinfisiana izquierda*).

Relaciones principales. Los talones corresponden á la sinfisis sacro-iliaca izquierda, y los dedos de los pies á la cavidad cotiloidea derecha. La region posterior del feto mira hácia atrás y á la izquierda, y la anterior hácia adelante y á la derecha.

Mecanismo. El mismo que el de la segunda posición, excepto que la region anterior del feto viene hácia la parte superior.

Nota. Estas dos últimas posiciones pueden convertirse naturalmente á saber: la tercera en segunda, y la cuarta en primera; y cuando se verifican estas conversiones, siempre son favorables á la terminacion del parto.

§. III. Presentaciones de las rodillas.

En estas presentaciones está colocado el feto de tal modo que sus piernas se hallan dobladas sobre sus muslos, y éstos sobre la pelvis.

Las rodillas pueden presentarse, lo mismo que los pies, en cuatro posiciones principales.

Primera posicion (*Tibio-cotiloidea izquierda*).

Relaciones principales. La parte anterior de las piernas corresponde á la cavidad cotiloidea izquierda, y la parte anterior de los muslos á la sinfisis sacro-iliaca derecha. La region posterior del feto mira hácia adelante y á la izquierda, y la anterior hácia atrás y á la derecha.

Segunda posicion (*Tibio-cotiloidea derecha*).

Relaciones principales. La parte anterior de las piernas corresponde á la cavidad cotiloidea derecha, y la parte ante-

rior de los muslos á la sinfisis sacro-iliaca izquierda. La region posterior del feto mira hácia adelante y á la derecha, y la anterior hácia atrás y á la izquierda.

Tercera posicion (*Tibio-sinfisiana derecha*) (1).

Relaciones principales. La parte anterior de las piernas corresponde á la sinfisis sacro-iliaca derecha, y la parte anterior de los muslos á la cavidad cotiloidea izquierda. La region posterior del feto mira hácia atrás y á la derecha, y la anterior hácia adelante y á la izquierda.

Cuarta posicion (*Tibio-sinfisiana izquierda*).

Relaciones principales. La parte anterior de las piernas corresponde á la sinfisis sacro-iliaca izquierda, y la parte anterior de los muslos á la cavidad cotiloidea derecha. La region posterior del feto mira hácia atrás y á la izquierda, y la anterior hácia adelante y á la derecha.

Mecanismo del parto natural en las cuatro posiciones de las rodillas. El mecanismo del parto en estas cuatro posiciones es absolutamente el mismo que el de las posiciones correspondientes de los pies; solo que las rodillas son las primeras que se presentan.

§. IV. Presentaciones de las nalgas.

Las nalgas, lo mismo que los pies y las rodillas, pueden presentar cuatro posiciones principales.

El feto está colocado de tal modo que sus muslos y sus piernas están elevadas, aplicándose á la superficie anterior del tronco.

Primera posicion (*Sacro-cotiloidea izquierda*).

Relaciones principales. La parte posterior del sacro corresponde á la cavidad cotiloidea izquierda, y la parte posterior de los muslos á la sinfisis sacro-iliaca derecha. La region posterior del feto mira hácia adelante y á la izquierda, y la anterior hácia atrás y á la derecha. La cabeza se halla en el fondo de la matriz.

(1) Téngase presente la observacion que hemos hecho con respecto á la tercera y cuarta posiciones de la cabeza y de los pies. (Véanse las páginas 104, 105 y 108).

Segunda posición (*Sacro-cotiloidea derecha*).

Relaciones principales. La parte posterior del sacro corresponde á la cavidad cotiloidea derecha, y la parte posterior de los muslos á la sínfisis sacro-iliaca izquierda. La region posterior del feto se dirige hácia adelante y á la derecha, y la anterior hácia atrás y á la izquierda.

Tercera posición (*Sacro-sinfisiana derecha*) (1).

Relaciones principales. La parte posterior del sacro corresponde á la sínfisis sacro-iliaca derecha, y la parte posterior de los muslos á la cavidad cotiloidea izquierda. La region posterior del feto se dirige hácia atrás y á la derecha, y la anterior hácia adelante y á la izquierda.

Cuarta posición (*Sacro-sinfisiana izquierda*).

Relaciones principales. La parte posterior del sacro corresponde á la sínfisis sacro-iliaca izquierda, y la parte posterior de los muslos á la cavidad cotiloidea derecha. La region posterior del feto se dirige hácia atrás y á la izquierda, y la anterior hácia adelante y á la derecha.

Mecanismo del parto natural en las cuatro posiciones de las nalgas. Comprimidás las nalgas por las contracciones de la matriz, se introducen oblicuamente en el estrecho superior de la pelvis. Así que llegan al estrecho inferior, experimentan un movimiento de rotacion, por cuyo medio una de las caderas va á colocarse en la corvadura del sacro, y la otra debajo del arco de los pubis. La cadera que está detrás, se desprende la primera mientras que le sirve de punto de apoyo la que está debajo del pubis.

El tronco pasa sin muchas dificultades, aunque los miembros abdominales estén aplicados á su region anterior. Por último, se presentan sucesivamente los hombros y la cabeza, y salen absolutamente del mismo modo que en las correspondientes posiciones de los pies.

(1) Hacemos la misma observacion que respecto á la tercera y cuarta posiciones de la cabeza, de los pies y de las rodillas (Véanse las páginas 105, 108 y 110).

Cuarto fenómeno.

Salida de las secundinas.

La salida de las secundinas puede definirse: la expulsion natural ó la extraccion de la placenta fuera de la matriz; por lo que puede ser de dos modos, *natural* y *preternatural*.

De la salida natural de las secundinas.

A medida que se adelanta el trabajo del parto, y se reduce la matriz al expeler el feto, se desprende la placenta de su superficie interna, y cae bien pronto en el orificio del cuello, á lo menos así sucede en el mayor número de casos, puesto que inmediatamente despues que ha salido la criatura se la encuentra casi siempre en este punto. Despues de diez minutos, un cuarto de hora ó poco mas que ha parido la muger, se contrae el útero de nuevo para expeler lo que todavía contiene. En este momento, comprimida la placenta por todas partes, se enrosca á manera de barquillo, y se introduce en la abertura del cuello por el vértice del cono que entonces representa. Su paso, al través del orificio, es ordinariamente bastante rápido, sobre todo cuando la matriz goza de toda su fuerza de contraccion.

Una vez que la placenta se halla en la vagina, ya no está sujeta á las contracciones uterinas, y su salida al través de la vulva solo puede ser efecto de la depresion de la matriz; lo que puede ser perjudicial á la muger, ocasionándola un prolapso de la matriz.

Por lo que acabamos de decir se ve que, á ejemplo de Desormeaux y de muchos autores, admitimos con respecto á la salida de las secundinas tres tiempos muy distintos, á saber: 1.º el del desprendimiento; 2.º el de la expulsion al través del orificio del cuello hasta el interior de la vagina; y 3.º, en fin, el de la expulsion al través de la vulva.

La salida, pues, de las secundinas puede verificarse en rigor sin la cooperacion del comadron; mas una vez que está averiguado que en muchos casos puede quedar expuesta la muger á la depresion del útero, mas vale auxiliar la salida

de las secundinas que abandonarla á las solas fuerzas de la naturaleza.

El modo con que conviene proceder en este caso es el siguiente. Despues de haber dado vueltas con el cordon alrededor de algunos dedos de la mano derecha, se introducen hasta la corvadura del sacro dos ó tres dedos de la mano izquierda, disponiéndolos de manera que se haga como una especie de polea, con el fin de obligar el cuerpo esponjoso á dirigirse en el sentido del eje del estrecho superior.

Estando así colocadas las manos, se hacen algunas tracciones moderadas, y al instante se echa de ver que la placenta obedece á los esfuerzos que se ejercen sobre ella.

Si se hallare mucha resistencia, convendrá reconocer la causa para remediarla. Las dificultades que se encuentran en estos casos, proceden con mucha frecuencia de que las tracciones que se ejercen sobre el cordon están mal dirigidas: algunas veces tambien proceden de que la placenta no está todavía completamente separada de la matriz.

En el primer caso es necesario dirigir los esfuerzos del modo mas conveniente, y en el segundo esperar á que la matriz, retrocediendo mas exactamente, haya destruido las adherencias que la unen todavía á la placenta; sin embargo, si tarda mucho en verificarse el desprendimiento, será mejor extraer las secundinas que esperar su salida, como se suele hacer, durante cuatro, cinco, seis horas, y aun dias enteros.

Estando ya la placenta en la vagina, es inútil la polea formada con los dedos, y conviene retirarlos de las partes.

Las tracciones, que se siguen ejerciendo sobre el cordon, deben dirigirse entonces en el sentido del eje del estrecho inferior.

Cuando las secundinas están á punto de salir fuera de la vulva, se coloca al traves del perineo la mano izquierda vuelta hácia arriba, y se coge con la derecha el cuerpo esponjoso, volviéndole cinco ó seis veces en el mismo sentido, á fin de obligar á las membranas á retorcerse como una cuerda; y con esta precaucion es siempre seguro que se extraerán en su totalidad.

Si quedare en la matriz una pequeña porcion de la placenta, ó algunos pedazos de membrana, será mejor abando-

narlos á la naturaleza que penetrar en el interior del órgano para buscarlos.

ARTÍCULO VI.

De la conducta del comadron respecto de la muger que reclama su asistencia.

Cuando es uno llamado para asistir á una muger que se cree estar á punto de parir, debe asegurarse: 1.º de si está embarazada, porque hay ejemplos de mugeres que han presentado la mayor parte de las señales de la preñez, y aun del trabajo del parto, sin hallarse verdaderamente en cinta: 2.º suponiéndola embarazada, si lo está de todo tiempo; en este caso ha desaparecido enteramente el cuello de la matriz: 3.º si está de parto; entonces se contrae la matriz durante los dolores: 4.º si la pelvis está bien conformada: 5.º si la matriz está situada convenientemente: 6.º si las partes genitales están bien dispuestas para dar paso al feto: 7.º finalmente, si este último no es demasiado voluminoso, y si está convenientemente situado. Desde luego se conoce que solamente el tacto puede proporcionar el averiguar todas estas cosas; pero puede haber tal vez algun inconveniente en practicarle antes de haber procurado captarse la confianza de la paciente, manifestándola todo el interes que inspira su posicion. Sin embargo, debe omitirse esta precaucion si hace mucho tiempo que la muger conoce al comadron, ó si el parto es inminente.

Estando seguros de la proximidad del parto, es preciso ocuparse, 1.º del régimen que ha de guardar la muger durante él; 2.º de la cama en que debe estar colocada en el momento de parir; y 3.º de los medios que pueden favorecer la terminacion del parto.

Sin embargo, es preciso no olvidar que los dolores, por adelantados que esten, pueden suspenderse para no volver á empezar sino al cabo de algunos dias, ó de algunas semanas, y aún de algunos meses. (*Mauriceau, Levret, de la Motte*).

§. I. Del régimen.

Al principio del trabajo del parto se pueden dar á las mugeres algunos alimentos, si los apetecen, pero deben ser

siempre ligeros, y de fácil digestion. Si el trabajo está muy adelantado es preciso no darlas nada, á no ser que tengan debilidad, porque entonces será conveniente permitirles tomar algunas cucharadas de buen caldo, á fin de reanimar las fuerzas abatidas.

No deben darse las bebidas sino en pequeña cantidad, sobre todo hácia el fin del parto; las que mas convienen son la limonada, el agua de cebada, de grosella, de granada, ó simplemente azucarada, &c. El vino excita el vómito, y dispone á las hemorragias uterinas, y á la inflamacion; sin embargo, cuando las mugeres están muy débiles, y el trabajo del parto va con lentitud, puede ser útil darles algunas cucharadas de vino de Alicante ó de Málaga.

§. II. De la posicion.

La posicion que toman las mugeres en el acto de parir, varia segun el país que habitan: unas paren de pie, otras puestas de lado, ó de rodillas, y otras en fin sentadas en sillas hechas á propósito; pero todas estas posiciones son mas ó menos incómodas, y aun algunas no están exentas de peligro. Por lo mismo es mucho mejor hacer acostar á las mugeres en la cama de parir, usada para este fin, y en la que pueden las parturientas moverse á su arbitrio; la criatura no está expuesta á caer en el suelo, y el comadron maniobra con mas desembarazo. Esta cama se dispone echando en un catre de cuerdas un colchon, que se extiende como si se fuese á hacer la cama para acostarse; encima de este primer colchon se echa otro doblado en dos, cuidando de que su parte media corresponda al medio del primero (1). Se cubre todo con hules, y sábanas dobladas, para que no se manchen los colchones con los líquidos que deberán fluir de la matriz; en seguida se ponen dos sábanas y una manta como de ordinario. La cabeza de la muger debe estar sostenida por almohadas, al mismo tiempo que sus pies se apoyan contra una barra transversal, fijada en la extremidad de la cama.

(1) La elevación que presenta este segundo colchon está destinada á recibir las nalgas de la muger, y á aislarlas todo lo posible, á fin de que no sufran ningun obstáculo las maniobras del comadron, y la salida del feto.

§. III. De la época en que la muger debe colocarse en la cama de parir.

Si no tiene la muger ninguna especie de accidente, puede en rigor permanecer fuera de la cama hasta el momento en que se haya dilatado enteramente el cuello. Pero si está débil, y amenazada de síncope ó convulsiones; si se halla dispuesta á las hemorragias, ó al prolapso de la matriz; por último, si se presenta una oblicuidad extremada, debe permanecer echada todo el tiempo que dure el trabajo del parto. En este último caso conviene que se eche sobre el lado del tronco opuesto á aquel hácia el cual se inclina la matriz.

Cuando las mugeres tienen ataques de asma, ó están hidrópicas, se ven muchas veces precisadas á parir de pie, ó sentadas, para evitar la sofocación.

§. IV. De los medios propios para favorecer la terminacion del parto.

Sangría. Conviene á las mugeres pletóricas y robustas, sobre todo cuando la rigidez del cuello de la matriz se opone á su dilatación.

Vahos emolientes, baños, semicupios é inyecciones. Todos estos medios pueden tambien emplearse con utilidad.

Pomada de belladonna. Aseguran algunos facultativos haber conseguido buenos efectos de su aplicacion á los bordes del cuello. (*R. Ext. de bellad. ʒij; de agua destil. ʒij; de pomada simple, ʒij.*)

Espirituosos, cordiales, antiespasmódicos, baños, centeno con cornezuelo. Sucede algunas veces que el trabajo del parto progresa con lentitud, ó cesa enteramente. Los medios que deben emplearse entonces varían segun la causa que se presume dá márgen á ello. Si la muger es robusta y pletórica, debe emplearse la *sangría*; si se hallare en un estado opuesto, deben administrarse los *espirituosos*, y los *cordiales*; si hay sospechas de que exista alguna afeccion nerviosa, es preciso recurrir á los *antiespasmódicos*, tales como el jarabe de diacodion, las gotas anodinas de Sydenham, ó el eter; tampoco se deben omitir los *baños*. Por último, el *centeno con cornezuelo* es un excelente medio para reanimar un par-

to, cuya marcha sea lenta, ó se haya suspendido. Es cosa bien sabida en el dia que esta sustancia no tiene los inconvenientes que se le han atribuido, y que casi siempre se consigue con su uso avivar los dolores del parto. El modo mas comun de administrarlo es en polvo, en la dosis de 12, 18, 24 ó 30 granos en un medio vaso de agua azucarada, en agua mezclada con vino, en caldo, en tisana, y aún tambien se la puede administrar con dulce. En este punto, el Dr. Mr. Villeneuve, á quien debemos una excelente Memoria sobre este medicamento, se explica de esta manera: "Como se ignora ordinariamente el grado de accion que es capaz de ejercer esta sustancia en la persona á quien se administra, y habria grandes inconvenientes en determinar un parto demasiado pronto, no se dan por primera dosis sino unos 20 granos en una, dos, ó mas veces, mas ó menos inmediatamente. Pero si al cabo de algun tiempo despues de haber tomado el medicamento, una hora por ejemplo, no resulta ningun efecto sensible en el útero, se puede volver á dar otra igual cantidad en una dosis; si es necesario administrarle por tercera vez, se podrán dar hasta 30 granos en una toma. En el caso en que pasado un cierto tiempo no produjere ningun efecto esta tercera dosis, se podrá dar por cuarta vez otra del mismo peso, despues de lo cual dicta la prudencia que se cese en la administracion del citado medicamento, cualesquiera que sean por otra parte la lentitud del parto, ó el grado de inercia de la matriz.

"Cuando el centeno con cornezuelo no se puede administrar por la boca, se da en lavativas, y del modo siguiente: se pone á hervir el centeno pulverizado, ó reducido á muy pequeños fragmentos, á la dosis de una ó dos dracmas en medio cuartillo de agua, se cuele el cocimiento, y se emplea todo de una vez. En el caso de no ser suficiente, ó de no haber producido ningun resultado esta primera dosis, se puede reiterar de la misma manera que se ha dicho arriba."

Aplicacion de un coñidor alrededor del vientre. Un facultativo extranjero, Mr. Allen, dice que este coñidor, 1.º mantiene fijo el tronco, y permite á la muger dirigir todos sus esfuerzos á la expulsion de la criatura: 2.º que excita poderosa-

mente las contracciones de la matriz, y la sostiene: 3.º que favorece el descenso de la criatura: 4.º que hace que se contraiga el útero sobre la placenta, y previene la inercia: 5.º que despues del parto sostiene los órganos abdominales, y previene los síncope, y las hemorragias: 6.º, y en fin, que las mugeres experimentan *con el tanto alivio* que lo atribuyen á *alguna virtud mágica contenida en este ceñidor*. No puede aplicarse el ceñidor sino cuando el cuello uterino está completamente dilatado. Para que sea mas fácil graduar la presión, aconseja Mr. Valler que se pongan hebillas en una de las extremidades del vendaje, y corregüelas en la otra; tambien quiere que se ponga una almohada delante del útero. (*Gaz. med.*)

Reflexiones. Opinamos con MM. Allen y Valler que un ceñidor alrededor del vientre de una muger que está padeciendo por parir, puede ayudar hasta cierto punto al trabajo, sosteniendo el útero; pero no nos parece que pueda *excitar* de modo alguno las contracciones del órgano, ni *favorecer el descenso de la criatura*. Tampoco pensamos que sirva para prevenir la inercia del útero, ni sus temibles consecuencias.

Finalmente, no podemos persuadirnos de que sea capaz de producir en ningun caso á las mugeres un alivio tal que se vean tentadas á atribuirlo á *alguna virtud mágica contenida en el ceñidor*.

Al contrario, si yo he de fiarme en la experiencia que tengo, me inclino á creer que las mugeres que están de parto deben sufrir con mucho trabajo la presión abdominal, al ver la repugnancia que manifiestan en soportar el peso solo de la mano cuando se trata de averiguar si los dolores que experimentan son propios de la matriz.

Sin embargo, estamos lejos de desechar el medio propuesto por MM. Allen y Valler; solo una experiencia mayor podrá dar á conocer si efectivamente el ceñidor que aconsejan presenta las ventajas que ellos le atribuyen.

Lavativas. Son indispensables cuando el recto dilatado por materias endurecidas forma en la excavacion de la pelvis una eminencia que podria perjudicar al parto.

Cateterismo. Conviene recurrir á él siempre que la vejiga

contenga mucha orina, y no pueda la muger expelerla voluntariamente: en otro caso podria romperse el órgano, y seguirse la muerte.

Rotura artificial de las membranas. Si cuando el cuello está suficientemente abierto para dar paso al feto resisten las membranas á las contracciones uterinas, es absolutamente necesario romperlas á fin de apresurar la salida de la criatura é impedir que arrastre consigo la placenta.

Hay casos en que es ventajoso romper muy pronto las membranas; así estando dilatada la matriz por una gran cantidad de agua, es necesario romperlas prematuramente con el objeto de dar tiempo al útero para reducirse gradualmente y evitar su inercia. Del mismo modo, cuando el feto goza de grande movilidad en la matriz, y presenta sucesivamente en el orificio del cuello diferentes regiones de su cuerpo, conviene romper las membranas cuando es la cabeza la que se presenta, á fin de fijarla y precaver de este modo un parto preternatural.

Cuando se quiera romper las membranas, se debe escoger el momento en que la matriz se contraiga fuertemente; se introduce entonces el índice de una de las manos en la vagina, y se hace una fuerte compresion en la bolsa; si esta maniobra no basta, se arañan las membranas con la uña, ó bien con un pedacito de madera afilado.

Si permanecieren flojas las membranas durante los dolores, se procurará apretarlas con los dedos para rasgarlas en seguida.

Mudar de posicion. Luego que se hayan roto las membranas, debe asegurarse el comadron de la posicion del feto, á fin de cambiarla inmediatamente si por casualidad se presentare viciosa.

Sostener los riñones. Muchas mugeres experimentan durante el parto dolores mas ó menos vivos hácia los riñones, que se alivian ordinariamente apretando la region lumbar con una toalla, cuya parte média corresponde al sitio dolorido.

Imprimir á la cabeza su movimiento de rotacion. Se sabe que los calambres que padecen algunas mugeres durante el parto proceden de la presion que ejerce la cabeza del feto en los nervios sacros anteriores; pues bien, lo mejor que se

puede hacer en este caso para librarlas de ellos es coger la cabeza con una mano, é imprimirla el movimiento de rotacion que debe recibir para atravesar el estrecho inferior; de este modo cesa al instante el contacto, y ya no se sienten los dolores.

Sostener el perineo. Cuando la cabeza está á punto de salir de la vulva, el perineo se halla muy dilatado, y en muchísimos casos no dejaria de rasgarse demasiado si se omitiese el sostenerle en toda su extension por medio de una de las manos aplicada al través. Cuando está fuera parte de la cabeza, es conveniente, para precaver la misma lesion, empujarla hácia el arco de los pubis con algunos dedos que se colocan debajo (*Gardien*). En este último punto del trabajo conviene impedir á las mugeres el empujar, como siempre estan dispuestas á hacerlo.

Si tardare demasiado en desprenderse la cabeza, se favorecerá su salida haciendo que se deslice el índice de una de las manos por debajo de la mandíbula inferior.

Favorecer el paso de los hombros. Luego que está fuera la cabeza, se coloca debajo de ella una de las manos, al mismo tiempo que con la otra se continúa sosteniendo el perineo para que no se rasgue cuando pasen los hombros. Si estos tardaren mucho en salir, se cogerán con el índice de cada mano ó bien se aplicará un gancho obtuso á una de las axilas.

Dirigir convenientemente el tronco. Cuando acaba de salir el tronco se le sostiene con las dos manos, y se le sube un poco para hacerle seguir la direccion del eje del estrecho inferior.

Nota. En el parto por los pies, las rodillas ó las nalgas, debe cuidar con esmero el comadron del paso de cada una de las partes de la criatura á fin de dirigirlas convenientemente, si acaso se desvian, y sostenerlas tambien para preservarlas de toda lesion.

Quando la cabeza ha salido ya del cuello del útero, conviene por lo comun apresurar su total salida á favor de algunas tracciones dirigidas en el sentido del eje del estrecho inferior de la pelvis.

§. V. De los cuidados que exige la muger despues de la salida de las secundinas.

Luego que han salido las secundinas, lo primero que hay que hacer es asegurarse del estado en que se halla la matriz; si goza de toda su contractilidad, y se la encuentra encima de los pubis en forma de un tumor redondeado y muy duro, entonces no es de temer la hemorragia. Si por el contrario se la encuentra blanda y como en un estado de inercia, es casi inevitable la hemorragia. Despues de algun tiempo que han salido las secundinas, y cuando los líquidos procedentes de la matriz no salen ya con tanta abundancia, se muda la ropa de la muger; se lavan sus partes genitales y muslos con agua tibia, y se la traslada á otra cama preparada de antemano con sábanas dobladas; entonces se cubren sus pechos, de modo que estén preservados del frio, y se le pone alrededor del vientre una toalla medianamente apretada (1), á fin de precaver en lo posible los accidentes que pudieran resultar del gran vacío que existe en el abdómen, por ejemplo dolores, síncope, hinchazon de las vísceras, hemorragias, &c.: las mugeres creen sin razon que este vendaje tiene por objeto impedir que su vientre conserve mucho volumen, y sobre todo hacer desaparecer las cicatrices que presentan las paredes abdominales. Esta especie de ceñidor debe llevarse por espacio de un mes ó de seis semanas.

Me parece enteramente inútil, cuando no sea perjudicial, aplicar á la vulva un *calefactorio*.

ARTÍCULO VII.

De las consecuencias naturales del parto.

§. I. Del temblor nervioso.

Casi inmediatamente despues del parto sobreviene á la mayor parte de las mugeres un temblor general que puede llegar hasta causar serias inquietudes á las personas que acom-

(1) Algunos comadrones tienen la costumbre de cubrir desde luego el abdómen con una primera toalla doblada en forma de triángulo; pero esta precaucion no es indispensable.

pañan á la enferma. Se atribuye casi siempre este fenómeno al frio, y se carga entonces de ropa á las mugeres, sin procurarlas el menor alivio. Este temblor es el resultado del trabajo del parto; es enteramente nervioso segun su nombre, y jamas ofrece gravedad. Su duracion es generalmente muy corta.

§. II. De los loquios.

Así que han salido enteramente las secundinas, sobreviene por las partes de la generacion un flujo, al que se da el nombre de *loquios*, ó de *purgacion*, y que viene á ser el resultado de la evacuacion de los fluidos que producian el infarto de la matriz. Durante las primeras veinte y cuatro horas el flujo es puramente sanguíneo (*loquios sanguíneos*); en seguida se vuelve seroso y rojizo (*loquios serosos*), y conserva estas cualidades durante dos ó tres dias; despues se vuelve mas espeso y blanquecino (*loquios purulentos ó lechosos*), y continúa de este modo por espacio de un mes ó de seis semanas.

Los loquios se suprimen casi siempre durante la calentura lactea; pero esta supresion nada tiene de alarmante, pues que se restablece el flujo por sí mismo luego que se han disipado los síntomas febriles.

Si hemos de creer á algunos autores, puede verificarse el parto sin que se siga ningun flujo por los órganos genitales.

§. III. De los entuertos.

Los entuertos que experimentan muchas mugeres despues de haber parido, dependen de los esfuerzos que hace la matriz para expeler algunos cuajarones que se han formado en su cavidad; tambien pueden consistir en la evacuacion incompleta de los fluidos que infartaban las paredes uterinas. La falta de estos dolores en las mugeres que paren por la primera vez, parece depender de que siendo largo y difícil el trabajo del parto ha podido reducirse mas la matriz, y ha impedido que se acumule en su interior cantidad alguna de sangre.

Proceden, pues, los entuertos de una especie de atonia del útero; así, cuando son muy intensos y reclaman el auxilio del arte, se debe evitar con cuidado el emplear para mi-

tigarlos medios que en lugar de volver á dar el tono á la matriz tiendan á debilitarla mas.

Habiendo observado por mucho tiempo que las mugeres á quienes he administrado el centeno con cornezuelo durante el trabajo del parto no habian padecido despues de él sino muy pocos entuertos ó ningunos, me decidí en muchos casos á tratar estos últimos por el mismo medio, y obtuve los mejores resultados, al paso que antes habia usado con otras enfermas sin ningun buen éxito de la sangría, los emolientes y antiespasmódicos empleados de mil maneras.

§. IV. De la calentura de la leche.

Del segundo al tercer dia despues del parto (1), como se reduce la matriz, repele los fluidos que recibia durante la preñez, y se hacen los pechos á su vez un nuevo centro de fluxion.

La serie de los fenómenos que entonces se manifiestan, constituye lo que se llama *calentura lactea*.

La parida experimenta al principio una sensacion de incomodidad y cansancio, y despues de cefalalgia. De allí á poco se siente picazon dolorosa en los pechos, se llenan estos, y adquieren un volúmen mas ó menos considerable. Algunas veces se extiende la tumefaccion hasta las axilas, y la enferma se ve obligada á tener sus brazos bastante separados del cuerpo. Se acelera la respiracion; el pulso se hace mas fuerte y mas frecuente; se calienta la piel; se anima la cara y cesan de correr los loquios; pero bien pronto cubre todo el cuerpo un sudor general, y se restablece la calma.

Entonces vuelven á correr los loquios, los pechos dejan fluir una cierta cantidad de leche, y se disminuyen sensiblemente tanto su volúmen como su tension.

La calentura de la leche dura de doce á veinte y cuatro horas; es por lo general muy intensa en las mugeres que no crian, al paso que están libres de ella muchas veces las que dan de mamar.

(1) La calentura de la leche no se declara algunas veces hasta despues de cinco ó seis dias; hasta el octavo dia no sobrevino á Madama L... á quien despues he asistido yo muchas veces en los partos.

La calentura de la leche no exige ordinariamente ninguna especie de tratamiento: solo conviene que las enfermas observen la dieta mas rigorosa y usen alguna bebida temperante. Si se manifiestan complicaciones, habrá que combatir las por los medios apropiados.

ARTÍCULO VIII.

De la higiene de las mugeres paridas.

La cama en que descansen las mugeres durante el tiempo de su sobreparto debe ser mas bien un poco dura que demasiado blanda, y estar colocada en un aposento bien ventilado, lejos de ruido y de emanaciones nocivas. Las paridas podrán tomar indiferentemente la posicion que les pareciere mas cómoda, con tal que el tronco quede siempre horizontalmente situado.

El aseó y la limpieza son aquí de una necesidad indispensable. No se dejará en el aposento ninguna cosa que pueda viciar el aire: se mudarán los paños, las sábanas de la cama y la ropa blanca de la parida tantas veces como pareciere necesario. Deberán lavarse de cuando en cuando las partes genitales con un cocimiento emoliente, ó simplemente con agua tibia. Los tónicos y los astringentes deben proscribirse severamente, porque pueden dar lugar á la inflamacion de las partes genitales y á la supresion de los loquios.

El estado moral de las mugeres paridas exige los mayores miramientos. La extrema susceptibilidad de que gozan entonces las hace muy impresionables, y puede serles muy perjudicial la menor alteracion del ánimo; se deberá, pues, evitar con cuidado todo lo que pudiera afectarlas vivamente de cualquier modo que sea.

El régimen tiene tambien su importancia: en general las mugeres que crian tienen poco que variar en su modo ordinario de vivir; solamente los primeros dias deben contentarse con caldos y sopas. Despues de la fiebre lactea los manjares que las convienen con preferencia son: los pescados delicados, como el lenguado, la merluza, los pescados de agua dulce: el pollo asado, las legumbres, las frutas bien maduras, &c.: se puede permitir á cada comida una corta cantidad de buen vi-

no mezclado con igual porcion de agua; pero se deben prohibir severamente las tostadas hechas con azucar, canela y aguardiente, que podrian causar los mas graves accidentes, tales como la inflamacion de la matriz, una hemorragia fulminante, &c.

En el intervalo de las comidas, las bebidas que mas convienen son el agua de cebada, la de grama, la de grosella, la de limon; una infusion de flores de tilo y de hojas de naranjo conviene con preferencia á las mugeres propensas á las afecciones nerviosas; la infusion de manzanilla á las que están débiles ó son flatulentas; finalmente, la infusion de menta á las que se hallan en estado de un grande descaecimiento.

Cuando las mugeres no crian debe ser el régimen mas severo; y aun puede serles útil limitarse durante algunos dias al uso de bebidas ligeramente laxantes, como el caldo de ternera, de pollo ó de yerbas, para preparar las enfermas al uso de algun dulce purgante, como el agua de Sedlitz, la sal de Glauber, el aceite de ricino, &c. Estos medios, que nunca pueden ser nocivos á no ser que las vias digestivas estén en muy mal estado, son convenientes, sobre todo cuando la lengua está cubierta de una capa mucosa mas ó menos espesa, y los pechos demasiado desarrollados. En este último caso las cataplasmas anchas emolientes aplicadas á las mamas, producen tambien con frecuencia un alivio muy pronto y muy notable.

Los purgantes tienen tambien la ventaja de tranquilizar á las enfermas sobre su porvenir, porque se persuaden que despues que los han tomado no tienen que temer el *derrame de la leche*.

Una tisana de caña, que muchas mugeres quieren tomar á toda costa, de ningun modo merece la reputacion de que goza. Sin embargo, no se deben temer, como dice Mr. Duges, los efectos de la reabsorcion de la leche, porque este líquido no es mas peligroso en los pechos, que lo sería absorbido por los poros de la piel y por los vasos del estómago ó del recto. Si la leche existe pura un momento en el sistema circulatorio, es como el quilo ó la serosidad, que al punto son asimilados, elaborados y eliminados sin metastasis.

Tiempo que se debe estar en la cama. El tiempo que de-

ben las mugeres guardar cama despues de haber parido, varia segun que el parto ha sido simple ó complicado por algunos accidentes. En el primer caso bastan ocho ó diez dias, en el segundo son necesarias frecuentemente muchas semanas; cuando las mugeres se levantan muy pronto, se exponen mucho al prolapso de la matriz y de la vagina, á la supresion de los loquios, y á las inflamaciones abdominales.

ARTÍCULO IX.

De los cuidados que exige del comadron la criatura desde su nacimiento hasta su destete.

Posicion. Luego que ha nacido la criatura, la pone el comadron entre los muslos de su madre con la espalda vuelta hácia las partes genitales y bastante cerca de la vulva, para que no sufra estirones el cordon umbilical; y se ocupa en seguida en la seccion y ligadura de este último.

Seccion del cordon. Debe hacerse á cuatro dedos del vientre con tijeras bien limpias, ó cualquier otro instrumento cortante. Importa mucho antes de dividir el cordon, asegurarse de que no contiene una ansa intestinal; porque en el caso de una hernia se podria cortar á un tiempo el cordon y el intestino. Así le sucedió á una partera de París el año último, y de ello resultó una fistula estercoreal, por cuya razon fue recibida la criatura en las salas de Dupuytren.

Si se advirtiere que está el intestino en el cordon, es necesario, antes de todo, volver á introducirle con cuidado en la cavidad del vientre.

Una vez cortado el cordon, se practica inmediatamente la ligadura si la criatura está buena; pero en el caso de congestion cerebral se deja correr antes una cierta cantidad de sangre.

Ligadura del cordon. La ligadura debe ser siempre bastante gruesa para que no corte los tejidos; se compone ordinariamente de muchas hebras de hilo de Bretaña enceradas de manera que, unidas unas con otras, formen una especie de pequeña cinta. El cordon debe atarse á dos dedos del vientre, dando dos vueltas circulares, sujetas, la primera por un

nudo sencillo, y la segunda por otro doble; pero es necesario poner mucho cuidado en no apretar demasiado, no sea que se corten los vasos.

La ligadura con respecto al intestino que puede contenerse en el cordon, exige las mismas precauciones que la seccion. Otro niño se recibió en el año último en el Hotel-Dieu de París para curarle como al primero una fistula estercoral en el ombligo, pues la ligadura habia atado tambien el intestino y le habia cortado.

Nunca debe cortarse el extremo del cordon que sale por la vulva, á lo menos cuando solo hay una criatura en la matriz; porque de otro modo se impediria que se descargase de sangre la placenta, y se haria mas difícil su expulsion.

Limpiadura de la criatura. Luego que está cortado el cordon, debe ocuparse el comadron en limpiar la criatura de aquella capa viscosa que cubre su cuerpo, para que recobre la piel toda su permeabilidad; para esto lo mejor que debe hacerse, es humedecer esta sustancia con un poco de aceite ó de manteca, y quitarla en seguida con un lienzo seco ó con una esponja fina.

Despues de esto se puede meter á la criatura, si sus padres lo desean, en un bañito de agua tibia, absteniéndose sin embargo de mezclar en él sustancias irritantes, que podrian inflamar la piel, ó dar lugar á accidentes nerviosos. El baño frio, recomendado por los antiguos, debe prohibirse absolutamente.

Apósito del cordon. Cuando la criatura está convenientemente limpia, se envuelve la extremidad del cordon que está asida al ombligo en una compresita cuadrada, y se la coloca sobre el lado izquierdo del abdomen, teniendo cuidado de mantenerla allí por medio de un pequeño vendaje de cuerpo. El cordon se marchita bien pronto, y se desprende al cabo de cinco ó seis dias, no por el sitio de la ligadura, sino por donde se continúa con la piel del feto; entonces llega á ser inútil toda especie de aparato, á no ser que todavia no se haya concluido del todo la cicatrizacion.

Envoltura. Para que la criatura ejerza con libertad todas sus funciones y pueda crecer, es preciso que la envoltura le venga regularmente ajustada. Su cabeza se cubrirá con un sim-

ple capillo, ó una gorrita de lana ó de algodón, su pecho y sus brazos se abrigarán con una camisita y una almilla, y el resto del cuerpo se envolverá solamente en un pañal de lienzo y en una mantilla de bayeta ó franela.

Aire. La criatura al salir del seno de su madre tiene necesidad de respirar un aire puro y templado: sus pulmones, todavía tiernos, se adaptarian mal á un aire muy caliente ó muy frio, muy seco ó muy húmedo, ó cargado de miasmas deletereos.

Luz. La luz debe llegar de cara á la criatura para evitar el estrabismo, y conviene que sus ojos se vayan habituando por grados á la luz plena del dia.

Aposento. Debe estar distante todo lo posible del bullicio para que duerma tranquilamente la criatura, y no despierte sobresaltada. La cama en que descansa no debe ser demasiado blanda, y puede estar rodeada de cortinas siempre que no impidan la libre circulacion del aire.

Vestidos. Conviene que se muden siempre que los ensucien la orina ó las materias fecales; y la misma criatura debe lavarse entonces con agua tibia, sin cuya precaucion se pone rubicunda la piel, y no tarda en escoriarse.

Lactacion por la madre. Cinco ó seis horas despues del parto conviene presentar el pecho á la criatura, sobre todo si parece desearlo; el líquido que mama entonces, y que se llama *calostro*, facilita la evacuacion del meconio, y exime del uso de los purgantes. Por otra parte la lactacion temprana tiene la ventaja de disponer el pezon, favorecer la secrecion de la leche, y precaver la fiebre, ó por lo menos disminuir su intensidad.

Una vez establecida la secrecion de la leche, ¿es necesario fijar las horas en que debe mamar la criatura, como lo han aconsejado algunos autores? Nosotros diremos con Baudelocque que tiene tantos inconvenientes el habituarla á no tomar el pecho sino á ciertas horas del dia, como presentársele siempre que despierta ó llora. Es preciso darle de mamar cuando tiene hambre; y con un poco de cuidado se llegará pronto á distinguir los gritos excitados por esta necesidad, de los que proceden de alguna incomodidad ó dolor. Sin embargo, será conveniente que la nodriza no dé el pecho á la criatura in-

mediatamente despues de comer (1), ó cuando ha mucho tiempo que tiene hambre: igualmente debe abstenerse de darla de mamar despues de una viva emocion del ánimo.

Cuando la criatura tiene ya cinco ó seis meses, mas temprano ó mas tarde, segun su robustez y su salud, hay la costumbre de hacerle tomar al mismo tiempo que la leche de su madre algunas panetelas bien hechas, ó algunas papillas preparadas con la leche y la fécula de patata. Estos alimentos, cuando están bien preparados, tienen la ventaja de fortalecer la constitucion de la criatura y de prepararla para el destete.

Lactacion por la nodriza. Mas no todas las mugeres pueden dar de mamar á sus hijos, y muchas se ven obligadas á valerse de una nodriza extraña. Así, deben abstenerse de criar las que no tienen leche, ó padecen ciertas enfermedades, tales como la tisis, las escrófulas, los herpes, &c. Lo mismo decimos de las que tienen ciertos vicios de conformacion, como la falta completa del pezon, su volúmen desmesurado, su imperforacion, &c.

La eleccion de la nodriza que debe sustituir á la madre, merece toda la atencion del comadron. Debe tener de 20 á 35 años: que haya parido con corta diferencia en la misma época que la madre; que esté sana, libre de todo virus, de toda dolencia, y de toda deformidad: conviene que tenga una gordura regular, que su constitucion sea buena, su carácter alegre, y su color mas bien moreno que rubio, pero nunca rojo, porque las mugeres que tienen este color, son ordinariamente malas criadoras, y despiden un olor fuerte (*Mr. Gardien*): que su boca esté perfectamente sana, sus dientes sólidos y bien alineados, las encías firmes y rosadas, y que su aliento sea suave; que sus pechos sean poco voluminosos, bien conformados, que estén sembrados de venas azuladas, y que salga de ellos la leche con facilidad. Por último, es indispensable que sus costumbres tengan toda la pureza posible.

En cuanto á las calidades de la leche, es muy difícil apreciarlas de otra suerte que atendiendo al estado de la criatura que hace uso de ella; sin embargo, conviene saber las variedades que presenta segun la época en que se la exami-

(1) A no ser que haya precedido la intencion de hacer su leche medicinal.

na. Al principio la leche debe ser serosa é incolora, hácia los dos meses se vuelve de un color blanco azulado, y á los cinco ó seis debe ser enteramente blanca, suave y azucarada.

Quando hay precision de dar á la criatura que acaba de nacer una leche de muchos meses, es menester cuidar de hacerla mas fluida, prescribiendo á la nodriza el uso de los diluentes: sin embargo, esta precaucion no impide que se hinchen los pechos por un instante, lo que depende, no de *la renovacion de la leche*, como creen las mugeres, sino de que el recién nacido no mama tanto como la criatura que se acaba de destetar.

La nodriza debe morar en un pais elevado y libre de toda humedad: conviene que haga un ejercicio moderado, y que se alimente con sobriedad. La convienen todos los alimentos de fácil digestion, con tal que no estén cargados de especias, y debe abstenerse de las bebidas excitantes. La muger que cria puede sin ningun inconveniente cohabitar con su marido siempre que deje pasar bastante rato entre el momento de la cópula y el de la lactancia (1).

Lactacion por medio del biberon. Diversas circunstancias pueden obligar á recurrir á la lactancia por medio del biberon: en este caso, ¿cuál es la leche que merece la preferencia? La de burra ó la de yegua parece que se acerca mas á la de muger, y sin embargo se da generalmente la preferencia á la de cabra ó de vaca. La leche de cabra se puede mamar del mismo pezon por la criatura, y bajo este aspecto sería con mucho preferible á la de vaca si no demostrase la observacion que da demasiada viveza á la criatura, y la produce muchas veces desvelos; por esta razon no debe administrarse mas que á los niños escrófulosos. Resta, pues, la leche de vaca, que debe tomarse algunas semanas despues del parto, y administrarse al principio mezclada con dos terceras partes de un ligero cocimiento de grama ó de cebada para que sea mas fluida: del segundo al tercer mes se mezclan los dos líquidos por partes iguales; del tercero al quinto ya no se le añade mas que una cuarta parte de dicho cocimiento, y so-

(1) Por la menstruacion y la preñez no debe dejarse la lactancia á no ser que llegue á debilitarse la criatura.

bre los seis meses puede darse la leche pura. En todos los casos conviene calentarla en un baño-maría á no ser que salga del pezon de la vaca.

El medio mas cómodo para administrar la leche á los niños, es el biberon; el que ha inventado madama Breton, partera distinguida, merece sin contradiccion la preferencia sobre todos los que se han hecho hasta ahora, sin excluir los que tienen la punta de corcho; asi los trabajos de madama Breton la han valido hacer mucho tiempo gran número de elogios.

Si no se pudiere facilitar este biberon, se deberá suplir echando el líquido en una redomita, cuyo gollete se cierra con un poco de esponja cortada en forma de pezon. Esta esponja debe estar cubierta con un lienzo muy fino, que se atará con un hilo.

Se enjuagará la redoma, y se renovará el pequeño aparato siempre que la criatura haya hecho uso de este medio.

Duracion de la lactancia. No puede tener un término fijo: los niños deben mamar mas ó menos tiempo, segun que estén mas ó menos robustos. Los que digieren fácilmente un alimento extraño, pueden destetarse temprano; al contrario, los otros no deben destetarse sino en una época mucho mas lejana; ordinariamente se deja de dar el pecho á las criaturas del octavo al duodécimo mes.

Destete. No puede menos de tener inconvenientes cuando no se llega á él por grados insensibles. En la primera semana, dice Mr. Gardien, la muger da el pecho á la criatura una vez menos al dia, é igual rebaja va haciendo cada semana hasta que el niño no mama ya mas que una vez al dia. En seguida se le deja sin mamar dia y medio, dos dias, y aun tres; aumentando en proporcion conveniente la cantidad de los alimentos que deben reemplazar la leche.

Al último de la lactancia se alimentará la muger cuanto sea posible de vegetales y de pescados; hará que sus bebidas sean ligeramente diuréticas; y cuando la criatura haya dejado totalmente de tomar el pecho, hará bien en purgarse una ó dos veces con dos ó tres vasos de agua de Sedlitz.

Evacuantes. La salud de la criatura exige que se le mantengan libres el vientre y la orina, sobre todo durante la

crisis de la denticion. Basta ordinariamente el agua de miel; sin embargo, es menester algunas veces recurrir al aceite de almendras dulces y al jarabe de achicorias; se facilita la evacuacion de la orina haciendo tomar á los niños unos ligeros diuréticos.

Lociones, baños, fricciones. Las lociones con una ligera infusion aromática, los baños tibios y las fricciones secas son tambien muy útiles para abrir los poros de la piel, y favorecer la transpiracion cutánea; pero los baños frios tienen casi tantos inconvenientes como si se tomaran inmediatamente despues del nacimiento.

Sueño. El sueño, cuando es natural, es muy favorable al recién nacido; pero no sucede lo mismo cuando se excita haciendo violentamente la cuna; porque entonces, mas que un verdadero sueño, es un estado comatoso producido por el aflujo de sangre hácia el cerebro. A medida que se hace el niño mas fuerte, tiene menos necesidad de sueño, y entonces es principalmente cuando puede serle útil un ejercicio moderado. Al efecto debe empezar la nodriza por moverle cuando le tenga en brazos; en seguida le dejará hacer en su camita el uso posible de sus miembros, y le ejercitará insensiblemente en sostenerse sobre sus pies, y á muy poco despues empezará el niño á dar algunos pasos.

El método, que consiste en llevarle de la mano, ó dejarle solo entre dos bancos, parece preferible al de sostenerle por medio de andadores ó de un carro; los andadores comprimen el pecho, levantan los hombros, y hacen inclinar la cabeza hácia adelante; el carro tiene los mismos inconvenientes, y ademas contunde las partes por su dureza.

Educacion moral del niño. Esta debe tomarse mucho en consideracion, porque todo depende de los principios. El recién nacido no parece sensible mas que al dolor en los primeros momentos de su vida; pero al cabo de 40 dias empieza á conocer los objetos que le rodean, y entonces es cuando debe empezar su educacion moral. «Aprovéchese, dice Mr. Capuron, su flexibilidad natural para formarle el entendimiento y el corazon. La primera infancia es la edad de la imitacion; se maman con la leche, por decirlo así, tanto las buenas como las malas impresiones, y los hábitos

»que entonces se contraen, son tanto mas difíciles de des-
 »truir en lo sucesivo, cuanto mas profundas son las raices que
 »han echado. Lo que es natural no admite reforma, y con
 »razon se dice que si el hombre tiene buenas ó malas pren-
 »das, la alabanza ó vituperio corresponde primeramente á la
 »nodriza, porque fué su primer ayo.»

SECCION TERCERA.

De los partos preternaturales.

Se llaman asi todos los partos que, no pudiendo terminarse por las fuerzas solas de la muger, reclaman mas ó menos imperiosamente el auxilio del arte.

CAPÍTULO PRIMERO.

CAUSAS GENERALES.

Son muchas las causas de los partos preternaturales. Para exponerlas metódicamente las reuniremos en tres clases:

En la primera colocaremos todos los accidentes que pueden sobrevenir por parte de la madre y de la criatura, y que no dejarian de comprometer su existencia, si no se acudiese á su socorro.—En la segunda hablaremos de las posiciones viciosas del feto.—En la tercera trataremos de los vicios de conformacion, y de las enfermedades que pueden hacer el parto físicamente imposible.

ARTÍCULO PRIMERO.

De los accidentes que pueden sobrevenir por parte de la madre, y hacer preternatural el parto.

Estos accidentes son la hemorragia, las convulsiones, la suma debilidad de la muger, los síncope, la inercia de la matriz, su oblicuidad excesiva, la estrechez de su orificio sobre el cuello de la criatura, la hidropesía, una hernia irreducible, y un aneurisma.

§. I. De la hemorragia.

La hemorragia, considerada como causa de un parto pre-

ternatural, no es solamente la que procede de las partes genitales, sino tambien la que se verifica algunas veces por la boca ó por las narices.

Favorece singularmente á la hemorragia por las partes superiores el retroceso que hace la sangre hácia ellas, efecto de la compresion que la matriz ejerce sobre los vasos contiguos á este órgano, y tambien por los esfuerzós indispensables en el parto.

Las mugeres de una constitucion fuerte,pletóricas ó sanguíneas, y que se han descuidado en sangrarse, están mas expuestas á las hemorragias que las demas.

La conducta que se debe seguir en estos casos, varía segun la cantidad de sangre que pierden las mugeres. Si no es muy abundante la hemorragia, puede ser suficiente para detenerla el exponer á la muger á un aire fresco, y hacerla sangría en el brazo. Mas si por el contrario es considerable el flujo de sangre, y los medios prescritos no producen ningun bien, es necesario darse prisa á terminar el parto, para hacer cesar la presion que ejerce el útero sobre los vasos del abdomen, é impedir de este modo el retroceso de la sangre hácia las partes superiores. (Véase en cuanto á los demas pormenores el cap. II de la 2.^a parte, en el §. VIII, el tratamiento general de la hemorragia uterina durante la preñez).

La hemorragia uterina es mas frecuente, y por lo general mas grave que la que se verifica por las narices ó por la boca; puede ser *interna* ó *externa*, segun que se derrama la sangre en el interior de la matriz ó de las membranas, ó que fluye al exterior. La primera especie es menos frecuente que la segunda.

Causas. La hemorragia uterina depende siempre del desprendimiento de la placenta, sea que ésta resulte de la plethora uterina, ó de cualquiera otra causa. Puede tener lugar sea cualquiera el sitio de implantacion del cuerpo esponjoso; sin embargo, si hemos de creer á Mr. Capuron, solo debe sobrevenir la hemorragia en el caso de tomar insercion la placenta en el cuello uterino ó en su inmediacion. Entonces la hemorragia es sin duda inevitable, puesto que se destruyen las adherencias de la placenta á medida que se dilata el

cuello (1); pero no se concibe por qué no puede sobrevenir sino en este caso, pues que se ha demostrado que puede desprenderse la placenta prematuramente, cualquiera que sea el sitio de su insercion.

En cuanto á la hemorragia en el interior de las membranas despues de la rotura del cordon, su posibilidad está fuera de toda duda por las observaciones de De Lamotte, Levret y Baudelocque. La terminacion del parto es el único medio que se puede oponer á esta hemorragia; pero ¡cuán obscuro es su diagnóstico! Las mas veces no se conoce que hay derrame de sangre en la cavidad de las membranas, sino despues que éstas se han roto. (Véase en la parte y capítulo citados el §. IX de la hemorragia fetal).

Signos. El flujo de sangre al exterior es suficiente en todos los casos para dar á conocer la hemorragia externa; mas no sucede lo mismo en orden á la interna: como se acumula la sangre en el interior de la matriz, es muy difícil muchas veces reconocer la hemorragia. Por fortuna nunca puede llegar á ser grave, porque estando ya llena la cavidad del órgano con el producto de la concepcion, tiene el líquido muy poco espacio para ensancharse.

Pronóstico. Es mas ó menos funesto segun la constitucion de la enferma, y la cantidad de sangre que ha perdido. Sin embargo, la hemorragia es sin contradiccion el accidente que expone mas próximamente la vida de las mugeres.

Conducta que se debe observar. Varía segun el estado en que se halle el cuello del útero, y tambien segun la fuerza de la hemorragia. Si el flujo de sangre es poco considerable, puede excusarse todo tratamiento, especialmente si la muger es pletórica y tiene una constitucion fuerte; pero si la hemorragia es de tal naturaleza que puede comprometer la existencia de la enferma, es preciso oponerla los medios mas apropiados para hacerla cesar.

Se pondrá la enferma de espaldas con las nalgas mas levantadas que los hombros, y no tendrá mas que un regular

(1) Un autor moderno dice que entonces depende la hemorragia, no de la rotura de las adherencias que unen la placenta á la matriz, sino mas bien de la rasgadura de la misma placenta. Refuto este error al hablar en el §. VIII de la parte y capítulo citados, de las causas determinantes de la hemorragia uterina durante la preñez.

abrigo. Se la espondrá á un aire fresco, y se aplicarán sobre su vientre, muslos y partes genitales compresas empapadas en agua fría ú oxirato, debiendo administrarla bebidas frias; el agua de consuelda azucarada con el jarabe de membrillo, el agua de grosella y la de arroz acidulada con el jarabe de limon, de vinagre, ó con el zumo de cidra, son las que principalmente le convienen. El aposento de la enferma recibirá poca luz, y estará apartado todo lo posible del bullicio.

El estado moral de la muger exige tambien mucho cuidado, porque la tranquilidad del ánimo no es en élla menos útil que la del cuerpo; nada, pues, se omitirá para alejar todo lo que pueda afectarla vivamente.

Si no fueren suficientes estos medios, se podrá recurrir á la sangría del brazo, sobre todo si la muger está dotada de una constitucion fuerte.

El opio y los baños deberán emplearse, si la hemorragia dependiere de un estado espasmódico.

Un sinapismo grande entre los dos hombros ha producido muchas veces los mejores efectos.

Tambien están recomendadas las ventosas sobre los pechos, ligaduras alrededor de los miembros, la compresion circular del abdomen, y la rotura de las membranas.

Por último, si á pesar del uso de todos estos remedios persistiere la hemorragia, será necesario recurrir á la introduccion de taponés en la vagina (1) en el caso en que el cuello de la matriz no hubiere sufrido todavia ninguna dilatacion; y en el caso contrario terminar el parto (2). Se podria intentar antes el uso de centeno con cornezuelo.

Cuando la hemorragia depende *de la implantacion de la placenta en el cuello* (3), es mejor anticiparse un poco á ma-

(1) Introduciendo unos taponés en la vagina se forma un cuajaron que puede detener al momento la hemorragia. (En cuanto al modo de introducir estos taponés, véase el artículo *Hemorragia durante la preñez*).

(2) Vacinando la matriz se la obliga á reducirse, y por este medio se encogen y oscurecen los vasos que suministraban la sangre de la hemorragia, y cesa todo el flujo; pero á fin de llegar con mas seguridad á este resultado, se debe tener cuidado de vaciar el órgano lenta y gradualmente, porque si no, quedaria en estado de inercia.

(3) Si la placenta está inserta en el cuello de la matriz, y éste no se halla bastante abierto para que se pueda conocer por medio del tacto la presencia de dicho cuerpo, se puede reconocer, en el modo de correr la sangre, si la hemorragia depende ó no de esta causa: en el primer caso, el flujo sanguíneo se aumenta constantemente durante las contracciones uterinas; en el segundo no corre la sangre mas

niobrar, que retardar la operacion, porque si ésta se ejecuta con tiempo y con precaucion no tiene ningun inconveniente; al paso que hecha demasiado tarde no produce el fin deseado, y hay ademas la exposicion de ver sucumbir las mugeres durante la maniobra, ó poco tiempo despues. Hé aquí el modo mas conveniente de hacer la operacion: con uno ó dos dedos introducidos en el cuello del útero, se procura desprender la placenta por uno de sus bordes; se la empuja del lado opuesto, se rasgan las membranas, y se van á buscar los pies de la criatura.

Conviene mucho no separar la placenta sino en la extension necesaria para que pase la mano; de esta suerte se aumenta lo menos posible la hemorragia, y se conservan bastantes adherencias para que no se interrumpa durante el parto toda circulacion entre la madre y la criatura. Este modo de obrar es infinitamente preferible al que consiste en perforar la placenta en su centro. Efectivamente, en la perforacion puede la mano del operador romper las raices del cordon umbilical, y por otra parte al salir la criatura llevaria consigo esta masa esponjosa, lo que haria el parto mas dificil y peligroso.

Si la placenta fuere impelida por la cabeza hasta la vagina, en lugar de dar vuelta á la criatura, será preferible recurrir á la aplicacion del forceps.

§. II. De las convulsiones (*Eclampsia*).

No hay época de la vida en que las mugeres esten dotadas de una sensibilidad mas exquisita, y de una irritabilidad mayor que en el momento de parir. Los esfuerzos que hacen para expeler el feto, aumentan tambien esta extremada sensibilidad; y de aquí nacen frecuentemente convulsiones mas ó menos fuertes, y mas ó menos reiteradas.

que en el intervalo de los dolores. Otro carácter que puede ayudar á couocer esta especie de hemorragia, es que por lo comun empieza á manifestarse desde el sexto mes de la preñez, y algunas veces antes.

Cuando el cuello de la matriz está suficientemente abierto para permitir la introduccion del dedo, se reconoce la presencia de la placenta en un cuerpo esponjoso, blando, no desmenuzable, como lo seria un cuajaron, y que echa sangre á la menor presion.

Cuando no tiene lugar la insercion, correspondiendo el centro de la placenta al del cuello uterino, se percibe tambien algunas veces una porcion de las membranas.

Especies. Estas convulsiones son idiopáticas en algunas mugeres; en otras no son mas que síntomas de otra afeccion.

Causas. Lo mas regular es que dependan de una grande irritabilidad, de la plétora, ó de una hemorragia uterina muy considerable, del embarazo de las primeras vias, ó de alguna profunda afeccion moral; de la violenta dilatacion del cuello ó del cuerpo de la matriz, de su dureza, de su rigidez, y en fin, de todo lo que puede presentar un obstáculo para el parto. La rasgadura del útero puede tambien determinarlas.

Variedades. Las convulsiones que atacan á las mugeres durante el trabajo del parto no son siempre generales, pues se limitan en ocasiones á una sola parte del cuerpo, como la cara, un miembro, el útero, las paredes del vientre, segun acabo yo de observarlo en una señora de Montmorency, que me envió el doctor Bacqué.

Invasion. Unas veces repentina, y otras precedida de ansiedad, de saltos de tendones, de entorpecimiento cerebral, de alucinaciones, &c.

Sintomas. No siempre están caracterizados los accesos por unos mismos síntomas. Algunas veces permanece tranquila la fisonomía, y las enfermas no pierden el conocimiento; pero otras veces presentan una movilidad increíble los ojos, y los diferentes músculos de la cara, del tronco y de los miembros; se mantienen con frecuencia las mandibulas fuertemente unidas, y los dientes rechinan, produciendo una sensacion insoportable; la boca y las narices se cubren de espuma, se precipita la respiracion, y se hace irregular y ruidosa; en algunas mugeres salen los excrementos involuntariamente. A esta agitacion suceden una rigidez general mas ó menos fuerte, y una completa inmovilidad. Muchas veces se pierden los sentidos, y no se recobran sino al cabo de un tiempo mas ó menos largo. Baudelocque dice haber observado mugeres que habian perdido del todo la memoria, y que ningun recuerdo tenian de su preñez mas de ocho dias despues de las convulsiones. Yo mismo he tenido ocasion de asistir á una señora jóven que se hallaba en este caso. Otras veces se pierden solamente los sentidos de la vista y del oido. Baudeloc-

que dice que ciertas mugeres han quedado sordas y ciegas durante tres ó quatro dias.

Duración. Los accesos convulsivos no tienen una duración fija: en algunas mugeres no son mas que momentáneos, y en otras no cesan sino despues de un tiempo bastante largo, y se reproducen en seguida.

Pronóstico. No siempre es tan grave como han creído algunos autores, y la experiencia prueba que algunas mugeres, apesar de estos accesos, han podido parir naturalmente, y sin ningun auxilio ageno. Sin embargo, no se debe disimular que cuando el mal es muy largo, hace perecer por lo comun á la madre, juntamente con la criatura.

Tratamiento. Cuando se presentan convulsiones en una muger que está de parto, es menester antes de todo indagar la causa, á fin de combatirla si es posible.

Si la muger es robusta, pletórica, y está amenazada de congestión cerebral, conviene hacerla una ó muchas sangrías. Si por el contrario, se halla en aquel estado de debilidad que traen las grandes hemorragias, es preciso recurrir al uso de los tónicos, prudentemente administrados. Se deberán usar los evacuantes, si parece que hay embarazo en las primeras vias; los calmantes, si las convulsiones dependen de una excitación particular del sistema nervioso; los baños, las fumigaciones, las inyecciones en la vagina, si la rigidez del cuello del útero fuere la causa de las convulsiones; y aún podrá ser necesaria la incision de los bordes del orificio, si estuvieren como escirrosos.

Por último, si pareciere que las convulsiones dependen de una dilatación muy considerable del útero, convendrá dar salida á las aguas del amnios, y si apesar de esta evacuación persistieren todavía las convulsiones, será de absoluta necesidad terminar el parto.

§. III. De la debilidad, de los síncope, y de la inercia de la matriz.

Quando una muger, cuya constitucion es ya poco fuerte, se halla debilitada por la duración é intensidad de los dolores del parto, ó por una hemorragia abundante, y no tiene las fuerzas suficientes para expeler por sí misma la criatura;

cuando su matriz está inerte, ó no se contrae sino débilmente; por último, cuando repetidos síncope amenazaren á cada instante poner fin á sus dias, es absolutamente preciso terminar el parto.

Sin embargo, podria suceder en todos estos casos, principalmente cuando la matriz se halla en estado de inercia, que el centeno con cornezuelo administrado convenientemente llegase á restituir á este órgano la fuerza suficiente para terminar el parto.

Yo he empleado frecuentemente este medicamento en casos semejantes, y casi siempre he conseguido buenos resultados. La dosis que he administrado ha variado entre doce y treinta granos en polvo. En muchos casos he recurrido á un extracto preparado por Mr. Hebert, uno de los mejores farmacéuticos.

§. IV. De la oblicuidad excesiva de la matriz.

Sin razon han considerado algunos autores la oblicuidad excesiva de la matriz como una causa constante del parto preternatural. Con efecto, por grande que sea esta oblicuidad se llega casi siempre á corregir, dando á la enferma una posicion conveniente: así, cuando la matriz está muy inclinada hácia adelante de modo que su fondo mira hácia abajo, y su cuello hácia arriba, basta ordinariamente que la muger se oche de espaldas para que el órgano vuelva á su situacion natural; sin embargo, sucede algunas veces que son del todo indispensables los auxilios del arte: v. g. cuando es uno llamado muy tarde, y la extremidad del feto que se presenta se lleva por delante una porcion de la matriz. Baudelocque refiere un caso de oblicuidad anterior excesiva, en el cual se vió precisado á levantar fuertemente el vientre con una mano, en tanto que con dos dedos de la otra engancho el orificio del cuello para traerle al centro de la pelvis, donde le tuvo durante algunos dolores. Por medio de esta sencilla maniobra impidió que la pared anterior de la matriz que cubria la cabeza del feto saliese al mismo tiempo que esta última, é hizo que terminase del modo mas feliz un parto que podia tener las mas funestas consecuencias.

§. V. De la estrechez del orificio uterino alrededor del cuello de la criatura.

La mayor parte de los autores dicen, que durante el trabajo del parto puede estrecharse el orificio uterino sobre el cuello del feto hasta el punto de dificultar, y aún hacer imposible la expulsion natural de la criatura.

Sin negar Mr. Capuron la posibilidad de esta estrechez, dice que nunca tuvo ocasion de observarla. Por el contrario Mr. Gardien sostiene que hay pocos prácticos observadores que no la hayan encontrado. Baudelocque cita muchos ejemplos, entre otros el de una muger que falleció, y cuya autopsia cadavérica demostró hasta qué punto puede dicho estrechamiento ser un obstáculo para el parto: fue preciso hacer incisiones en el cuello del útero para extraer el feto: el orificio externo se hallaba muy abierto y la pelvis en su estado natural. Sea como quiera, este estrechamiento puede ser natural, ó depender de un estado espasmódico de la matriz. Puede tener su asiento en el orificio externo ó en el orificio interno del órgano; y convienen generalmente los autores en que afecta con mas frecuencia á este último.

La estrechez natural raras veces opone un obstáculo insuperable á la terminacion del parto; no hace casi siempre sino retardarle mas ó menos. Sin embargo, ha habido ocasiones en que ha obligado á recurrir á la aplicacion del forceps, medio infinitamente preferible á todas las maniobras que tengan por objeto dilatar el orificio.

Cuando la estrechez depende de un estado de espasmo, puede oponerse á la terminacion del parto; entonces conviene antes de intentar cosa alguna emplear los calmantes exterior é interiormente, la sangría, los baños y los semicupios. La pomada de belladonna, suponiéndola dotada de las virtudes que reconocen en ella algunos comadrones, será tambien de un gran socorro, si es posible hacerla llegar al sitio de la constriccion.

Cuando se ha logrado combatir el espasmo de la matriz, es menester terminar el parto si no alcanzan las fuerzas de la naturaleza. En este caso la aplicacion del forceps es preferible á cualquiera otra maniobra.

§. VI. De la rotura de la matriz.

La rotura de la matriz es uno de los accidentes mas graves que pueden sobrevenir durante el trabajo del parto, y su resultado es casi siempre la muerte.

Todos los puntos del órgano son capaces de romperse, y la rotura puede verificarse en todas direcciones.

Causas. Pueden ser muchas; y conviene dividir las en *pre-disponentes* y *determinantes*.

Entre las primeras colocaremos: 1.º los obstáculos que se oponen al paso de la criatura, como las deformidades de la pelvis y de la vagina, los tumores que se encuentran en ellas, algunas veces la imperforacion del cuello de la matriz, y su dureza escirrosa ó cartilaginosa; 2.º las óblicuidades excesivas del útero; 3.º las inflamaciones y las ulceraciones que sobrevienen algunas veces en ciertos puntos de su extension; finalmente, su adelgazamiento parcial.

Las causas determinantes no pueden encontrarse en otra parte mas que en los esfuerzos que hace la matriz para desembarazarse de lo que contiene.

Diagnóstico. ¿Es muy fácil conocer cuándo acaba de romperse la matriz? No, si la criatura ha permanecido toda entera en el órgano; pero sí lo es, cuando ha pasado en gran parte ó toda ella á la cavidad del vientre.

En el primer caso no se presenta efectivamente ninguna mutacion notable en el vientre ni en los órganos genitales, y no hay para fundar el diagnóstico mas que unos signos muy equívocos, como el ruido de la rotura, el dolor que la acompaña, y que difiere de los del parto, una sensacion de calor que se extiende por todo el abdómen; finalmente, los síncope, los sudores frios, las convulsiones, &c. Por el contrario en el segundo caso las variaciones que sobrevienen en la figura del vientre y en el volúmen de la matriz no dejan ninguna duda acerca del género de accidente que ha sucedido; así, el abdómen presenta eminencias mas ó menos desiguales formadas por los miembros del feto, cuyos movimientos afectan á la madre de diferente modo que antes de la rotura; el dedo introducido en la vagina no encuentra ya la parte que la criatura presentaba; las aguas del amnios han desaparecido,

y la matriz se ha reducido. El volúmen que ofrece entonces varía segun que contiene todavía una parte del feto, ó segun que éste ha pasado totalmente á la cavidad del vientre.

Pronóstico. La rotura de la matriz siempre es un accidente muy grave, y casi constantemente mortal. La hacen con especialidad peligrosa el paso de las aguas del amnios, de la criatura y de las secundinas al interior del abdómen, y la hemorragia, que suministran las arterias uterinas. Sin embargo, y á pesar de estas graves complicaciones, no todas las mugeres perecen á consecuencia de la rotura de la matriz, pues hay algunas que auxiliadas á tiempo han sobrevivido al accidente.

Conducta que se debe observar. Si la criatura se halla todavía en la matriz, ó si solo se han introducido por la rotura sus miembros abdominales y parte del tronco, es necesario proceder, tan pronto como sea posible, á la terminacion del parto por las vías naturales. Pero si el feto ha pasado todo entero al vientre, ó si se ve que solamente han salido por dicha rotura su cabeza y la parte superior de su pecho, es absolutamente necesario practicar la operacion de la gastrotomia (1), á menos que la matriz, por hallarse en estado de inercia, no permita extraer la criatura por las vías acostumbradas.

§. VII. De la rotura de la vagina.

La rotura de la vagina se verifica en las mismas circunstancias que la de la matriz, ocupa mas frecuentemente la parte superior del conducto, y presenta casi siempre una direccion transversal. Aquí, como en la rotura de la matriz, puede la criatura pasar al vientre en parte ó en su totalidad. El peligro que corre la muger es el mismo con corta diferencia, y tambien difiere poco la conducta que se ha de seguir.

La rotura de la vagina conserva siempre las mismas dimensiones; lo que la distingue esencialmente de la de la matriz, que tiende siempre á disminuirse en extension. Esta circunstancia hace que la criatura pueda extraerse casi siempre sin muchas dificultades por las vías naturales.

(1) Esta operacion ha producido ya muy buenos resultados en iguales casos.

§. VIII. De la hidropesía.

Mr. Gardien cree que la hidropesía puede en algunos casos hacer preternatural el parto, y he aquí como se expresa: "cuando una muger embarazada está hidrópica, carece por lo »regular la matriz de las fuerzas suficientes para que pueda »verificarse el parto por los solos esfuerzos de la naturaleza. »Sus contracciones no pueden ser auxiliadas sino débilmente »por las de los músculos abdominales y del diafragma á causa de la dificultad de la respiracion."

Si algunas mugeres hidrópicas no pueden parir naturalmente es menester atribuirlo, menos á la acumulacion del agua en el abdómen, y á la falta de cooperacion del diafragma y de los músculos abdominales, que al estado de debilidad y extenuacion en que se hallan las enfermas; porque es sabido que la matriz no necesita precisamente ser auxiliada para desembarazarse de lo que contiene, puesto que hemos visto que han parido naturalmente algunas mugeres poco tiempo despues de haber muerto, es decir, cuando los músculos de la vida animal habian cesado enteramente en el ejercicio de sus funciones.

§. IX. De la hernia.

Si fuese cierto que la existencia de una hernia debe siempre hacer preternatural el parto, el número de estos seria en realidad mayor aún que lo que es, porque son muchas las mugeres embarazadas que padecen esta clase de dislocaciones; pero por fortuna no sucede así, y raras veces obligan las hernias á recurrir á los auxilios del arte.

Las hernias que tienen las mugeres en el momento de parir, están por lo comun libres de toda adherencia, sin embargo, algunas veces son irreducibles. En el primer caso es menester reducir el tumor, y mantenerle de este modo haciendo sobre la abertura herniaria una presión moderada. En el segundo caso conviene sostener la hernia durante los esfuerzos de la muger, por temor de que, aumentando su volumen, llegue á estrangularse.

Se deberá terminar el parto sí, á pesar de las precauciones tomadas, se teme todavía la estrangulacion.

§. X. Del aneurisma.

Los grandes esfuerzos que hacen las mugeres durante el trabajo del parto, con el objeto de apresurar su terminacion, podrán indudablemente causar la rotura de ciertos tumores aneurismáticos, y ocasionar la muerte en un instante. Aconseja, pues, la prudencia que en semejantes casos se sustraiga á las mugeres del peligro que las amenaza, procediendo á la terminacion del parto luego que esté suficientemente dilatado el cuello de la matriz.

§. XI. Del asma.

Las mugeres que padecen de asma respiran ordinariamente con tal dificultad, que es suficiente el menor esfuerzo para dejarlas casi sin aliento; por lo cual seria mas que imprudencia el abandonarlas á sí mismas en el momento del parto. La razon indica que es preciso extraer el feto luego que la dilatacion pueda permitir la introduccion de la mano; pero se debe tener presente que este precepto no se aplica exclusivamente al asma, sino tambien á todas las enfermedades de pecho que pueden hacer temer la sofocacion.

ARTÍCULO II.

De los accidentes que pueden sobrevenir por parte de la criatura, y hacer preternatural el parto.

§. I. De la existencia de muchos fetos en la matriz.

Sin razon se ha considerado la existencia de muchos fetos en la matriz como una causa constante del parto preternatural; porque la experiencia demuestra diariamente que en el mayor número de casos se basta á sí misma la naturaleza. Con efecto, siempre que los fetos están aislados, y se presentan convenientemente (1) uno despues de otro en las aberturas de la pelvis, el parto, aunque doble, se verifica tan naturalmente

(1) La posicion respectiva de los fetos en las preñeces compuestas ofrece grandes variedades: tan pronto presentan los dos, en el estrecho superior de la pelvis, la cabeza ó los pies, las rodillas ó las nalgas: tan pronto, por el contrario, presenta uno de ellos la cabeza, mientras que el otro presenta los pies, las rodillas, las nalgas, ó alguna de las regiones del tronco.

como si fuera sencillo: lo único que puede suceder es que el segundo feto no salga inmediatamente despues del primero, como hace muy poco que yo lo he observado en una jóven de diez y nueve años, que no parió la segunda criatura sino cinco horas despues de haber parido la primera. La existencia de muchos fetos en la matriz no reclama, pues, el auxilio del arte sino en el caso de que los fetos estén enlazados uno con otro (1), ó presenten una posicion viciosa (2). En un caso á que yo fui llamado el año anterior por la partera Madama Graeff, la primera criatura habia salido naturalmente, pero fue necesario extraer la segunda, que se hallaba colocada al través del estrecho superior, y tenia pendiente uno de los brazos fuera de la vulva (3).

§. II. De la salida prematura del cordon umbilical.

Sucede algunas veces que el cordon umbilical, situado debajo del feto, ó arrastrado por las aguas del amnios en el momento de la rotura de las membranas, se introduce prematuramente por el cuello de la matriz, y llega á formar una prominencia fuera de la vulva, ó solamente en el interior de la vagina. Este accidente, que no es muy raro, merece tomarse en consideracion, porque en muchos casos puede comprometer la existencia de la criatura. Con efecto, siempre que el cordon se encuentre comprimido, y que se interrumpa el curso de la sangre, corre peligro la vida del feto: la compression del cordon es inevitable cuando ha pasado prematuramente la abertura de la matriz, y se encuentra en la vagina. La presion se ejerce principalmente en el orificio uterino.

¿Qué conducta debe seguirse en semejantes circunstancias? ¿Se deberá abandonar el parto á la naturaleza? ¿Se procurará hacer volver á entrar el cordon en la matriz? ó bien ¿será mejor extraer el feto?

1.º Se abandonará el parto á la naturaleza si la criatura se presenta bien, si la matriz se contrae fuertemente, y si con-

(1) Véase en cuanto á los pormenores el §. II. del artículo IV siguiente.

(2) Véase en cuanto á la conducta que se ha de observar, el artículo intitulado: *del parto manual cuando hay muchas criaturas en la matriz.*

(3) Véase en cuanto á la manobra las presentaciones del tronco con salida de un brazo.

tinúan sintiéndose pulsaciones en el cordon umbilical; no obstante, si este último sale fuera de la vulva, se cuidará de hacerle volver á entrar en las partes á fin de que conserve su calor.

Pero si se retardare mucho tiempo la expulsion del feto, será preciso terminar el parto á fin de precaver la muerte.

Tambien se deberá abandonar la muger á si misma, dicen algunos autores, si el cordon estuviere frio y sin pulsacion; pero cremos muy aventurado este consejo, pues que los hechos observados prueban que en semejantes circunstancias han podido nacer vivas algunas criaturas. Seria, pues, mejor en mi dictámen terminar el parto, porque de este modo seria tal vez posible salvar un sér condenado ya á una muerte cierta.

2.º Cuando el feto no está todavía muy adelantado en su salida, aconsejan algunos autores que se haga retroceder el cordon al interior de la matriz con los dedos, ó con un instrumento particular (1), y conservarle en ella hasta que los progresos del trabajo del parto le impidan volver á caer; pero la experiencia prueba que este medio no siempre tiene buen éxito. Croft, médico inglés, aconseja ir á fijar el cordon alrededor de una de las piernas del feto, y dice que este medio le surtió por dos veces buen efecto.

Wallemborg ha ideado para precaver la compresion del cordon colocarle en una especie de vaina de goma elástica; pero yo no veo qué resistencia podrá presentar esta vaina á las enérgicas contracciones de la matriz.

3.º Se debera proceder inmediatamente á la extraccion del feto, si fueren á menos las pulsaciones del cordon, ó si la criatura presentare una de aquellas posiciones en que está reconocida la imposibilidad del parto por las fuerzas solas de la naturaleza.

§. III. De la poca longitud del cordon umbilical.

Algunos autores han creido sin fundamento que la poca

(1) Se puede servir con utilidad en este caso del instrumento de Maygrier, que se compone de una barrita larga de ballena que presenta en una de sus extremidades un anillo abierto. Una gruesa sonda de goma elástica guarnecida de esponja podria servir tambien para el mismo uso.

longitud del cordón umbilical podía oponerse á la salida del feto. Efectivamente, aunque el cordón sea muy corto naturalmente, ó de resultas de algunas vueltas alrededor del cuello del tronco, ó de los miembros del feto, no puede en ningun caso retardar mucho el parto.

Pero llega una época de este en que las mugeres están expuestas á los mas graves accidentes si no se acude á su socorro; esto sucede por ejemplo cuando la cabeza ha salido fuera de la vulva, y el cordón estirado desmesuradamente puede determinar la rotura del ombligo, el desprendimiento de la placenta, ó la inversion del útero, y tambien cuando puede el cuello de la criatura ser comprimido excesivamente, y resultar de aqui la apoplejía.

Para precaver todos estos accidentes es menester, luego que esté fuera la cabeza, apresurarse á cortar el cordón, y terminar en seguida el parto lo mas pronto que se pueda.

ARTÍCULO III

De las posiciones viciosas del feto.

Entre todas las causas que por parte de la criatura hacen el parto preternatural, acaso son las más frecuentes las que tienen relacion con las posiciones viciosas que puede presentar. Estas posiciones son muchas, las principales son: 1.º todas las del tronco, ya sea que la criatura presente la espalda ó el vientre, ya sea que presente el uno ó el otro lado con salida ó sin salida de los brazos; 2.º las del vértice de la cabeza, mirando el occipucio á la sínfisis de los pubis, y la frente al ángulo sacro-vertebral, ó mirando el occipucio al ángulo sacro-vertebral y la frente á la sínfisis de los pubis; 3.º las de la cara, sobre todo cuando la frente se dirige hácia adelante. Sabemos muy bien que no todos los comadrones son de este último parecer, y aún sabemos que algunos se alteran con la sola idea de una maniobra en las presentaciones de la cara, cualquiera que sea su posición; pero ¿qué importa su enfado si la experiencia demuestra que se engañan? Pues bien, véanse entre muchos hechos algunos que vienen en apoyo de mi opinion.

Primer hecho.(Extracto de la *Clinica de los hospitales*, 1828).*Presentacion de la cara.**Posicion fronto-iliaca izquierda.*

«Una muger de 33 años que habia llegado al término de su *cuarto embarazo* (1), experimentó en la mañana del 18 de Mayo los primeros dolores del parto. A las tres horas y media era completa la dilatacion, y despues de la salida de las aguas se veía una presentacion de la cara; empezaron muchos comadrones algunas manobras que no pudieron llevar á cabo. A las once de la noche se condujo á la enferma al anfiteatro de Mr. Maygrier, y se vió que la cabeza estaba *inmóvil* en la posicion que ocupaba á pesar de la fuerza y frecuencia de las contracciones uterinas.

«A las once y media se introdujo una mano en las partes, y despues de algunas tentativas se logró traer el occipucio al centro de la pelvis.

«A las doce y cuatro minutos la cabeza habia salido por la primera diagonal del vértice.»

Segundo hecho.(Extracto del *Diario analítico de medicina*, 1827, número 3.º, página 487).*Presentacion de la cara.**Posicion fronto-iliaca izquierda.*

«Una muger, llamada Lefrançois, de edad de 35 años, estando en el término de su preñez, experimentó los primeros dolores del parto el dia 29 de Noviembre de 1827 á las once de la noche; se la condujo al anfiteatro de Mr. Hatin, donde se reunieron bien pronto muchos de sus discípulos.

«El dia 30 á las cinco de la mañana ya era completa la dilatacion del cuello, y todos los asistentes pudieron reconocer la posicion indicada (la pelvis de la madre estaba bien conformada).

«La cabeza, á pesar de la energia de las contracciones uterinas, *permanecia siempre en el mismo punto, y no podia entrar en el estrecho superior.*

«Se conoció desde luego que eran indispensables los auxilios del arte.

«Al principio se intentó volver á enderezar la cabeza con el auxilio de la mano sola, y despues con la ayuda del forceps; pero no se pudo conseguir, y fue necesario recurrir á la version.

«Se extrajo viva la criatura, y la madre se restableció pronto.»

Tercer hecho.(Extracto del *mismo diario*, 1829, número 3.º, página 455).*Presentacion de la cara.**Posicion fronto-cotiloidea derecha.*

«Una muger, llamada Barret, de edad de 31 años, y que vivía en la calle de Múrier, número 2, habia llegado sin accidente notable al término de su preñez, cuando

(1) La pelvis estaba bien conformada, pues que la muger ya habia podido parir naturalmente tres veces.

»el día 20 de Marzo, despues de algunos ligeros dolores, evacuó una gran cantidad de agua.

»Sin embargo, no creyó se hallaba en el caso todavía de llamar al comadron que la asistia, el doctor Mr. Deleau.

»Pero por la mañana, siendo ya los dolores mas vivos y frecuentes, fué llamado nuestro colega. No obstante, hasta el día tercero por la mañana no se presentó completa la dilatacion. Entonces Mr. Deleau pudo reconocer fácilmente que la cara se presentaba en segunda posicion; y bien convencido, segun el estado de las partes, de que no podria verificarse el parto por las solas fuerzas de la muger, hizo llamar á Mr. Hatin.

»Los dos comadrones intentaron alternativamente volver á enderezar la cabeza, pero no lo pudieron conseguir, y fué necesario recurrir á la version.»

Cuarto hecho.

(Extracto de la *Coleccion de medicina y cirujía clínicas*,
diciembre 1828).

Presentacion de la cara.

Posicion fronto-cotiloidea derecha.

»Madama Perrein, de edad de 32 años, de buena constitucion, y bien conformada en todas sus partes, quedó embarazada por segunda vez en el mes de marzo de 1828.

»El día 10 de diciembre siguiente empezaron los dolores, y cuando el cuello estaba ya completamente dilatado, el doctor Mr. Lirac, que asistia á la parturienta, reconoció una segunda posicion de la cara.

»No haciendo progresos el parto á pesar de los esfuerzos de la matriz, nuestro colega, auxiliado con los consejos de otro comadron, intentó y llegó á efectuar la depresion del occipucio. Entonces no tardó en verificarse el parto del modo mas natural.»

Quinto hecho.

Presentacion de la cara.

Posicion fronto-cotiloidea izquierda.

»El día 25 de diciembre de 1833 me hicieron llamar los doctores MM. Cuvillier y Boniface para una señora en la calle de la Lingerie, núm. 9, que estaba de parto hacia dos dias. La cara se presentaba en primera diagonal, y no cedia de ningun modo á las contracciones de la matriz; y presentando dificultades insuperables el enderezar la cabeza, se terminó el parto por los pies.»

Sexto hecho.

(Extracto del *Diario de los conocimientos médico-quirúrgicos*,
febrero de 1835).

Presentacion de la cara.

Posicion fronto-iliaca izquierda.

»El martes 15 de octubre, dice Mr. Halma-Grand, fui llamado á casa de la señora P. para un parto que se presentó con las circunstancias siguientes:»

»Esta señora habia sentido los primeros dolores el sábado 12 de octubre por la tarde, y habia mandado llamar á una partera, que habiendo conocido que el parto ofre-

ceria dificultades en su terminacion, quiso aconsejarse de un facultativo, é hizo llamar el lunes á Mr. Moulin, que permaneció al lado de la enferma los dos días siguientes.

El martes 15, viendo Mr. Moulin que estaba el parto en el mismo estado en que le habia encontrado, envió á buscar á Mr. Bintot, y despues á Mr. Maygrier, pero en su lugar vino Mr. Halma-Grand, el cual en vano intentó al principio la version y despues la aplicacion del forceps, por lo cual practicó la cesalotomia, pero tambien sin resultado.

Mr. Maygrier, á quien se llamó de nuevo, fué á casa de la enferma, aplicó muchas veces el forceps, pero no fué mas feliz que los que le habian precedido.

Finalmente, hubo una consulta entre los comadrones que estaban presentes y otros dos que fueron llamados, y se decidió la operacion cesárea, aunque algunos eran de parecer contrario.

Una hora despues murió la enferma.

Conclusiones de Mr. Halma-Grand.

Nuestro colega comienza por establecer que la pelvis de la señora P. no presentaba en su diámetro sacro-pubiano la extension acostumbrada; pero reconocia « que este vicio de conformacion no podia detener la cabeza en el estrecho superior, pues » que esta señora habia ya parido *perfectamente* una criatura que vive todavia. No » podemos, pues, mirar, añade, la disminucion del diámetro antero-posterior como » la causa de los accidentes funestos que sobrevinieron; » y mas adelante: « de consiguiente debemos buscar el origen de todos los accidentes que presenciarnos en la posicion defectuosa de la cabeza. »

Mr. Halma-Grand, de acuerdo con Stein, Baudelocque, Maygrier, Gardien, Capuron y otros muchos, creen que el parto natural por la cara, solo es posible en los casos en que la pelvis es demasiado ancha y la criatura muy pequeña; y así, siempre que se vea una presentacion de esta especie, no se dejará de *procurar que el feto no permanezca en ella.*

« En fin, dice al concluir, yo por mí pienso que si en lugar de haber empleado » el tiempo en estas tentativas, cuyo resultado ha sido tan funesto, se hubiesen buscado los pies sin interrupcion, acaso se les hubiera asido y sacado sin que la cara » llegase á ser un obstáculo para el parto.... »

Y mas adelante:

« La misma persona en quien se ha hecho esta observacion, estuvo embarazada » hace dos años, y parió en casa de una partera. La criatura se presentó por la cara. » Mr. Moulin procedió inmediatamente á buscar los pies, y extrajo el feto; lo que » hace creer que si en el segundo parto se le hubiese llamado á tiempo para proceder » como en el primero, se hubieran podido obtener los mismos ventajosos resultados. »

Vamos á manifestar la opinion de otros dos comadrones, cuya alta capacidad nadie podrá disputar.

Baudelocque dice pág. 589, tomo II.

« Los partos en que se presenta la cara deben contarse entre los *preternaturales* » independientemente de los accidentes que pueden hacer tales á aquellos en que la » criatura está situada del modo mas ventajoso; pues para que se verifiquen ellos » los, segun la inteligencia vulgar, es necesario *que la cabeza sea muy pequeña y » la pelvis de la madre muy ancha, &c.* »

Y mas adelante:

« Los obstáculos que las mas de las veces perjudican al nacimiento de las criaturas » que presentan la cara, y las dificultades que la muger puede experimentar para » parir por sí sola, aun en circunstancias que parecen muy favorables, y el peligro que » entonces les amenaza, *invitan al parecer en todos los casos á darlas algun auxilio.* »

» La indicacion mas general consiste en enderezar la cabeza de la criatura, &c. »

Desormeaux dice pág. 202, tomo 1.º del Diccionario de ciencias médicas en 20 volúmenes:

« Mas en cuanto á la primera posicion de la cara, solo en el caso de que *el feto » sea muy pequeño y la pelvis muy ancha,* podrán las contracciones uterinas pro-

»ducir la expulsión del feto, como yo lo he visto una vez, y aun la region occipital
 »estaba deprimida por efecto de la fuerte presión que habia experimentado contra
 »los hombros. No hay duda, que no siendo en circunstancias tan favorables, *jamás*
 »se debe abandonar un parto semejante á las solas fuerzas de la naturaleza; y
 »aun seria mejor que no lo hiciese así el que fuese llamado con bastante tiempo para
 »poder cambiar la posición del feto antes que la cabeza entrase en la pequeña pel-
 »vis.»

Despues de todo lo que acabamos de decir, ¿qué podemos pensar de los que se empeñan tan resueltamente en *que es posible el parto natural en todas las posiciones de la cara?*

ARTÍCULO IV.

De los vicios de conformacion, y de las enfermedades que pueden hacer el parto preternatural.

§. I. Por parte de la madre.

A. *Vicios de conformacion de la pelvis.*

Los vicios de conformacion que tiene algunas veces la pelvis de la madre, pueden llegar hasta el punto de hacer imposible el parto sin el auxilio del arte. Los medios que pueden emplearse varian segun el grado de estrechez de las partes, y tambien segun el estado en que se encuentra la criatura.

Si la estrechez no es muy considerable, puede ser suficiente el forceps para terminar el parto; pero en el caso contrario acaso habrá necesidad de apelar á la seccion de los pubis, ó á la operacion cesarea, á no ser que esté muerto el feto, en cuyo caso se deberia operar en él (1). Sin embargo, si queriendo recurrir á la embriotomia se conoce la imposibilidad, sin gran peligro por parte de la madre, de introducir en la matriz los instrumentos necesarios para la operacion, mas valdria apelar á la operacion cesarea.

B. *Vicios de conformacion de las partes blandas.*

Los órganos genitales externos ó internos pueden tener una viciosa conformacion que se oponga al parto, ó no permita que se verifique sino por medio de rasgaduras mas ó menos largas.

Así, la vulva puede estar obliterada en todo ó en parte á resultas de la adherencia de los grandes labios, y la vagina puede ofrecer en su parte inferior, ó en cualquiera punta de

(1) Véase la página 12 y siguientes.

su extensión, bridas ó tabiques que disminuyan de un modo singular su capacidad, (véanse las páginas 25 y 34). En todos estos casos, aunque no siempre sea imposible el parto por las solas fuerzas de la naturaleza, es mejor recurrir á los instrumentos cortantes que exponer á las mugeres á lesiones que podrían hasta cierto punto comprometer su existencia.

C. Enfermedades del interior de la pelvis.

Exostosis. La pelvis de la madre puede, sin tener deformidad alguna, ser el asiento de exostosis, que disminuyendo considerablemente su cavidad, se opongan tambien á la terminacion natural del parto, y pongan al comadron en la necesidad de recurrir á la embriotomia, ó á la operacion cesárea.

Tumores fibrosos, escirrosos, enkistados, etc. Todavía es mas frecuente encontrar el interior del conducto ocupado por tumores fibrosos, escirrosos, sarcomatosos, enkistados, ó de otra naturaleza, y que no pudiendo ser estirpados ó destruidos, presentan obstáculos insuperables al paso de la criatura. Sin embargo, algunas veces estos tumores son movibles, y entonces puede ser posible, ó hacerlos desaparecer, ó repe-lerlos hácia la parte superior del estrecho abdominal, hasta que el feto se encuentre en este último.

Si se llegare á conocer que el tumor es enkistado, bastará una simple puncion para remover el obstáculo.

Cálculos en la vejiga. Puede encontrarse en el interior de la vejiga un cálculo mas ó menos voluminoso que sirva de impedimento al parto; entonces es preciso, especialmente si el trabajo del parto está poco adelantado, tratar de empujarle hácia la parte superior del estrecho abdominal, como lo ha hecho con buen éxito Mr. Paul Dubois; pero en el caso de que la cabeza del feto, demasiado entrada en la excavacion de la pelvis, no permita esta maniobra, será preciso hacer una incision sobre el cálculo, y extraerle (*) (1).

(*) En esta incision se interesa la parte anterior de la vagina. (Nota del Trad.)

(1) Parto impedido por la presencia de un cálculo en la vejiga, Ellen Griffilh, de edad de 34 años, sintió los dolores de parto en la noche del 22 al 23 de Junio. Al principio la asistió una partera, la cual se cercioró de que la pelvis estaba ocupada por un tumor voluminoso, movable en su parte superior, pero que al parecer se ad-

Escirro del cuello uterino. El cuello del útero puede estar escirroso en una parte solamente, ó en toda su extension. En el primer caso puede tambien suceder que en el momento del parto se efectúe la dilatacion á expensas de las partes que han conservado su textura (1); pero en el segundo hay casi siempre necesidad de recurrir á la incision de los bordes del orificio, (operacion cesárea vaginal), á fin de evitar las rasgaduras y los peligros que estas pudieran ocasionar (2).

Obliteracion del cuello. El cuello uterino puede encontrarse, á consecuencia de la inflamacion, obliterado enteramente en el momento del parto; entonces es preciso darse prisa á restablecer el orificio por medio de una incision crucial, sin lo que las contracciones uterinas podrian romper el órgano por otra parte que no fuese la inferior, y dar lugar á accidentes mortales (3).

Dislocacion del útero. Ciertas dislocaciones del útero pueden tambien hacer necesarios los auxilios del arte.

beria por abajo. Los dolores eran violentos, y el cuerpo duro fuertemente impelido hácia abajo.

Como el parto no seguia adelante, se llamó al Dr. Mr. Trelfal, el cual comprobó como la partera la presencia del tumor, pero sin reconocer su naturaleza, y procuró repelerle aunque en vano. El Dr. Batty, que habia visto á la enferma la víspera por la tarde, opinó, lo mismo que Mr. Trelfal, que era necesario esperar.

A la mañana siguiente el estado de la enferma era tan grave que se decidieron á practicar la cesárea, pero la enferma tardó poco en fallecer.

Al abrir el cuerpo se descubrió que el tumor no era otra cosa sino un cálculo contenido en la vejiga. Tenia 3 pulgadas cinco octavos de largo, 2 pulgadas siete octavos de ancho, y 2 pulgadas y un cuarto de grueso. Pesaba seis onzas, 5 dracmas, y 34 granos (*Diario de medicina práctica, Setiembre, 1834*).

(1) Una muger como de 30 años, llamada Desormeaux, se presentó en mi curso práctico el año de 1834 para que la asistiese en el parto. El orificio de su matriz estaba escirroso en las tres cuartas partes de su extension, y sin embargo, pudo abrirse lo bastante para dar paso al feto. Solamente la dilatacion no se verificó sino con una extrema lentitud: la enferma se restableció perfectamente de su parto.

(2) El *Diario de medicina y cirugía prácticas*, año de 1833, contiene la observacion muy interesante de una jóven de 30 años, en la cual el cuello de la matriz por su estado escirroso se opuso al paso de la criatura, y fué necesaria la operacion cesárea vaginal.

Se hizo la incision con un bisturi largo y fuerte, guiado por el indice de la mano izquierda, y en seguida se terminó el parto por medio del forceps.

(3) *Primera observacion.* Una muger de 38 años que estaba de parto tenia el cuello de la matriz completamente obliterado. Los Doctores Solera de Padua, Ballard, Villani, Cristófori, Fortini, y Ottoni, decidieron que era indispensable la operacion cesárea vaginal, y se practicó con buen éxito. (*Noticioso médico*, número 50, pág. 199).

Segunda observacion. El día 4 de Diciembre de 1833 el Dr. Mr. Caffé, en presencia de MM. F. Hatin, Roussel, y Pertusio, hizo la operacion con felicidad á una muger de 40 años que se hallaba en el mismo caso que la anterior (*Idem*, número 63, pág. 253).

Así, cuando se presenta la matriz fuera de las partes genitales á consecuencia de un prolapso completo, puede suceder que, siendo la naturaleza insuficiente para terminar el parto, haya necesidad de dilatar con violencia el orificio del cuello, ó de hacer incisiones en sus bordes, para poder en seguida extraer la criatura. Algunos autores han creído que en el caso de hernia de la matriz por el arco crural, siempre era necesario practicar la operacion cesárea; mas en el día se sabe que, aun cuando sea imposible la reduccion del órgano, puede tambien acontecer que la naturaleza termine el parto por sí sola.

Las oblicuidades excesivas no exigen ordinariamente otros cuidados que los que tienen por objeto el situar convenientemente el órgano. La posicion horizontal de la muger, y algunas tracciones moderadas hechas en el cuello, bastan por lo comun para lograr el fin que se desea. (Véase la página 140).

D. *Enfermedades de los órganos genitales externos.*

Infiltracion. Algunas veces los órganos genitales externos, al fin de la preñez, se infiltran tan considerablemente que podrá dificultarse mucho el parto.

Conviene entonces desahogarlos haciendo algunas escarificaciones en la parte inferior de la vulva.

Varices. El mismo medio deberá emplearse si, como sucede algunas veces, se encontrare la vulva obliterada enteramente por enormes varices; así por lo menos lo aconseja Baudelocque, fundándose en hechos que parece autorizan esta práctica.

Abscesos. Algunas veces los grandes labios presentan abscesos que por su volumen podrán dificultar el paso de la criatura: es menester dar salida al pus que contienen por medio de una puncion hecha con un bisturí.

Tumores. Si algunos tumores de cualquiera otra naturaleza ocupan el paso de manera que impidan el parto, será conveniente extirparlos.

§. II. Por parte de la criatura.

A. *Monstruosidades.*

Cuando la matriz contiene muchos fetos, y están bañados por las mismas aguas, contraen algunas veces adherencias entre sí, ó se confunden de modo que constituyen unas verdaderas monstruosidades.

No hablaremos aquí sino de las monstruosidades por exceso de partes, pues las que lo son por defecto no pueden ofrecer ningun obstáculo para la terminacion del parto.

Las adherencias que contraen los gemelos entre sí son mas ó menos sólidas, mas ó menos extensas, y varian particularmente con relacion al sitio que ocupan. Unas veces las criaturas están unidas por las espaldas, otras por el vientre, y otras por las regiones laterales. Se han visto algunas que se adherian por el vértice de la cabeza, y otras por la parte inferior del tronco.

Cuando los gemelos están confundidos el uno con el otro, no puede existir mas que una cabeza para dos troncos, ó tambien dos troncos para una sola cabeza.

Estas diferentes monstruosidades solo pueden reconocerse por medio de la introduccion de una mano en el interior de la matriz, y aun así no siempre es facil distinguir la forma y la disposicion de las partes que se tocan.

Cuando los gemelos están unidos por el vértice de la cabeza ó por la extremidad inferior del tronco, puede todavia terminarse el parto naturalmente, con tal que el primer feto se presente de un modo regular en el estrecho superior de la pelvis; pero en los demas casos es imposible el parto sin los auxilios del arte, á no ser que los fetos reunidos no presenten mas que un volumen poco considerable, ó la pelvis de la madre sea en extremo ancha.

Cuando se vé que la muger no puede expeler la criatura por las fuerzas solas de la naturaleza, es necesario recurrir á medios que varian segun las circunstancias. El dar vuelta al feto puede ser suficiente en algunos casos; pero en otros es indispensable valerse de instrumentos cortantes.

En este último caso, y suponiendo vivo el feto, ¿en quien

conviene operar? ¿en la madre? Esto sería exponerla á los mayores peligros, y aun tal vez sacrificarla por extraer de su seno un monstruo que debe perecer en el momento de nacer ó poco despues. A pesar de las observaciones que prueban haber podido vivir fetos monstruosos 3, 7, 10, y aun 21 años, juzgamos que en este caso la criatura debe siempre sacrificarse á su madre. Así, cuando dos gemelos se encuentran pegados uno á otro, y se ve *que no puede efectuarse el parto con las fuerzas solas de la naturaleza*, se debe tratar de separarlos para extraerlos en seguida uno despues de otro; y si están confundidos los gemelos de modo que presentan dos cabezas para un mismo tronco, ó dos troncos para una sola cabeza, es indispensable disminuir el volúmen de uno de los fetos y aun en ocasiones el de los dos á la vez, para llegar á terminar el parto (1).

B. Enfermedades.

Las que por parte de la criatura pueden imposibilitar el parto sin los auxilios del arte son todas las que pueden producir un aumento mas ó menos considerable en su volúmen. Tales son las hidropesías de la cabeza, del pecho y del vientre, como tambien ciertos tumores que nacen á veces en la superficie del cuerpo del feto.

Hidrocéfalo. Para que la hidropesía de la cabeza pueda oponerse á la terminacion natural del parto, es necesario que el agua contenida en la cavidad del cráneo este allí acumulada en gran cantidad, porque de otra suerte no podria dificultar en ningun modo la salida del feto.

El hidrocéfalo se conoce ordinariamente por el volúmen considerable que presenta la cabeza, por su blandura, que siempre es muy notable, por la anchura de sus suturas y fontanelas, y por la fluctuacion.

Quando el hidrocéfalo llega al extremo de hacer imposible el parto, está la criatura casi siempre condenada á una muerte cierta; así, quando se trata de extraerla del seno de su

(1) La experiencia nos demuestra que muchas veces han podido nacer naturalmente algunos niños pegados: por lo cual en semejantes casos conviene no apresurarse á emplear instrumentos cortantes.

mádre, debe tenerse mucho cuidado de no sujetar á esta última á operaciones que podrian comprometer su vida sin ningun beneficio para el producto de la concepcion. Por consiguiente, en semejantes casos, siempre es menester hacer en la criatura las operaciones necesarias para su extraccion. Aquí una simple puncion, hecha con un trocar (1), basta para dar salida al líquido derramado, y permitir á la cabeza volver á su volúmen normal; entonces se verifica el parto con las fuerzas solas de la muger, ó bien se termina dando vuelta al feto, ó aplicando el forceps.

Hidrotorax y ascitis. «La hidropesía de pecho y la de » vientre son sumamente raras en el feto, dice Baudelocque, » y todavía es mucho mas raro el ver estas hidropesías lleva- » das al extremo de hacer imposible el parto sin los auxilios » del arte. Casi nunca perturban el orden natural de esta » funcion.»

Sin embargo, si llegaren estas enfermedades á contrariar el parto, se conocerán, á saber: el *hidrotorax* por el volúmen considerable del pecho, por la separación de las costillas, por la elevacion de los espacios intercostales y por la fluctuacion; y la *ascitis* por el desarrollo del vientre, por la tension de sus paredes, y tambien por la fluctuacion. Solo pueden ser patentes estas señales cuando la criatura presenta la extremidad abdominal; porque de otro modo, como la cabeza ocupa la pelvis, se opone á la introduccion de la mano.

Aquí, como en los casos de hidrocefalo, la indicacion exacta es dar salida al líquido á favor de una puncion, y en seguida abandonar el parto á la naturaleza, á no ser que circunstancias particulares obliguen á terminarlo.

Tumores de diversa naturaleza pueden nacer de la superficie del cuerpo del feto, y por su volúmen hacer imposible el parto por las fuerzas solas de la muger. Baudelocque ha encontrado tres cuyas dimensiones excedian mucho á las de la cabeza de un feto de todo tiempo, y que nacian de la parte inferior del tronco: uno de ellos era de naturaleza fungosa y esteatomatosa, y los otros dos no contenian mas que agua

(1) Como la puncion del cráneo no es absolutamente mortal, conviene hacerla con toda la delicadeza posible.

Un joven comadron ha publicado la observacion de un feto que presentaba encima de los pubis un tumor voluminoso y sólido que opuso los mayores obstáculos á la terminacion del parto (1).

La *Gazette de Seine-et-Oise* y la de *Paris* han publicado en el año de 1833 dos observaciones de partos que fueron impedidos por una hidropesía enkistada del feto.

En el primer caso la cabeza, los hombros y la mayor parte del tronco, estaban ya fuera, y el resto de la criatura no podia extraerse todavia: el vientre de la muger permanecia considerablemente desarrollado. El dedo introducido en la matriz habia dado á conocer una masa adherente al feto: se quiso practicar una puncion; pero no pudo verificarse: entonces las tracciones reiteradas produjeron la rotura del kiste, á lo que se siguió el flujo al exterior de un líquido amarillo y claro; y en seguida pudo verificarse el parto.

El kiste se hallaba desarrollado entre la piel y los músculos del bajo vientre.

En el segundo caso la hidropesía era abdominal, y tan voluminoso el tumor que llenaba toda la matriz.

Cuando llegó el comadron estaba la cabeza del feto en el estrecho inferior: la atrajo fácilmente hácia afuera por medio del forceps: tambien pudieron desprenderse los hombros; pero el resto del cuerpo resistió á todos los esfuerzos de traccion que se hicieron.

Mr. Petit-Mengin tomó entonces el extraño partido de cortar la cabeza de la criatura, abrir su pecho, y vaciar el agua que contenia la cavidad abdominal por una puncion hecha en el diafragma. Salieron cerca de 15 litros (2) de líquido, y en seguida pudo terminarse el parto.

Quince dias despues estaba la muger completamente restablecida.

La presencia de estos tumores está distante de comprobarse siempre antes del parto; así, en la mayor parte de los ca-

(1) El autor de esta observacion es Mr. Nivert, quien viendo la inutilidad de la aplicacion del forceps, no solo tuvo precision de vaciar la cabeza del feto, sino que para extraer el tronco se vió obligado á valerse del gancho agudo y á hacer tracciones las mas fuertes. (*Nota del Traductor.*)

(2) El litro corresponde á poco menos de media azumbre, medida de Castilla.

sos que se refieren, solo despues de la extraccion del feto ha podido reconocerse la especie de obstáculo que se oponia á su paso libre.

Con todo, si durante el trabajo del parto se llega á descubrir su existencia, convendrá esforzarse por reducir su volumen mediante un instrumento cortante, si son sólidos, y vaciarlos por medio de una puncion si no contienen mas que agua, como en los casos que refiere Baudelocque.

ARTÍCULO V.

Signos por cuyo medio se puede conocer durante la preñez si la criatura está viva ó muerta.

La cuestion de saber si el feto que contiene la matriz está viyo ó muerto presenta muchas veces las mayores dificultades. Se ha visto que hombres de mérito han incurrido en graves errores sobre este punto; unos han mutilado en la matriz seres todavía vivos, y otros han practicado en la muger operaciones mortales para no extraer de su seno mas que un cadáver. Ningun cuidado, pues, ninguna atencion estará de mas cuando se trate de examinar los signos que pueden preservar de semejantes errores.

Los signos que no dejan ninguna duda sobre la existencia de la criatura son: 1.º los movimientos activos que ejecuta ordinariamente pasado el cuarto mes; estos movimientos son á veces tan manifiestos, que es suficiente la vista para descubrirlos; 2.º las pulsaciones del corazon, que se perciben por medio del estetoscopio, ó del oido aplicado inmediatamente al vientre; 3.º las pulsaciones del cordon umbilical, que por lo regular son fáciles de percibir cuando está la mano en la matriz; 4.º los movimientos de la lengua y de la mandibula inferior cuando se puede introducir un dedo en la boca del feto; 5.º por último la tumefaccion que sobreviene en la parte que se presenta cuando se la incomoda ó detiene en su marcha. Con efecto, es fácil concebir que no podria tener lugar dicha tumefaccion si la criatura estuviese privada de la vida.

Todos los demas signos, tales como la buena salud de la madre, el desarrollo progresivo de su vientre, la regularidad

de los dolores, la del parto, el color claro de las aguas del amnios, &c. no dejan de ser inciertos.

Sin embargo, la falta de los signos que caracterizan la vida de la criatura está lejos de probar su muerte, porque se ven con frecuencia nacer vivos algunos niños que durante la preñez no habían dado ningunas señales que probasen su existencia.

No obstante, hay fuertes razones para temer la muerte de la criatura cuando á la falta de todos estos signos se agregan, durante la preñez, una sensación de peso en la region de la matriz, la depresion del vientre y de los pechos despues de un desarrollo pasagero, la palidez del rostro, la alteracion de las facciones, la cefalalgia, náuseas, vómitos, bostezos, síncope y fiebre; cuando estando la muger próxima á parir, las aguas del amnios son negruzcas, échagosas, fétidas, y están mezcladas con meconio; cuando el cordon se halla marchito, la piel del feto floja, arrugada y descolorida, finalmente, cuando se desprende la epidermis á la menor presion que se ejerza en ella.

Si todos estos signos, tomados separadamente, son de poco peso, reunidos producen casi una certidumbre de que el feto ha dejado de vivir.

Sin embargo, como en igual caso se han visto nacer vivas criaturas que se habian tenido por muertas, dicta la prudencia que no nos decidamos á hacer uso de instrumentos cortantes sino cuando se haya conocido que son insuficientes los demas medios.

Nota. Muchos médicos han propuesto recientemente recurrir á la electricidad, pensando que por este medio no se dejaria de excitar las contracciones de la criatura estando viva; pero este medio necesita la sancion de la experiencia.

CAPÍTULO II.

DE LA MANIOBRA DE LOS PARTOS PRETERNATURALES.

El comadron tiene tres medios á su disposicion para terminar los partos preternaturales, á saber: *la mano sola*, *los instrumentos romos*, y *los instrumentos cortantes*.

La eleccion de uno ó de otro de estos medios depende

las mas de las veces del género de causa que sirve de obstáculo al parto.

1.º *La mano sola* es suficiente de ordinario cuando es buena la conformacion de la madre y de la criatura, y solo la mala posicion de esta última, ó algun accidente, es la causa que hace preternatural el parto.

2.º *Los instrumentos romos y el forceps* en particular convienen cuando la pelvis es un poco estrecha, ó el feto mas voluminoso que lo regular.

3.º Por último, *los instrumentos cortantes* deben emplearse cuando de resultados de un vicio de conformacion, ó de una enfermedad cualquiera, existe tal desproporcion entre el feto y el orificio que debe atravesar, que no puede el parto verificarse sin que antes se haya disminuido el volumen de la criatura, ó ensanchado la pelvis de la madre.

PRIMERA PARTE.

De los partos que pueden terminarse con el auxilio de la mano sola.

ARTÍCULO I.

Cree el vulgo generalmente que un parto que se termina con el auxilio de la mano sola ofrece menos dificultades y peligros que aquel que obliga á recurrir al forceps, pero los facultativos no pueden seguir esta opinion, porque está bien demostrado en el día que ciertas maniobras hechas con la mano sola son mucho mas difíciles y peligrosas que las que se ejecutan con dicho instrumento: así, por ejemplo, no puede establecerse comparacion entre la maniobra que consiste en volver la criatura dentro de la matriz, y aquella en que uno se propone simplemente coger la cabeza con el forceps para extraerla.

En el primer caso es menester, 1.º dar á la criatura un movimiento de *báscula*, haciendo pasar sus mayores diámetros por los mas pequeños de la matriz; resultado que solo se obtiene por lo comun á beneficio de esfuerzos inauditos, por la resistencia que opone el útero, cuyas contracciones excita tambien la mano del comadron.

2.º La maniobra siempre es larga y dolorosa.

3.º El órgano de la gestacion jamas deja de fatigarse mas ó menos, lo que puede ocasionar su inflamacion.

4.º En fin, rarás veces la criatura resiste á las tracciones que se hacen en ella.

En el segundo caso, al contrario, 1.º no hay que cambiar la posicion del feto.

2.º La resistencia que hay que vencer no siempre es muy grande.

3.º La maniohra es comunmente corta y poco dolorosa.

4.º La matriz no tiene nada que padecer.

5.º En fin, la criatura no corre ningun riesgo.

A pesar de todo, es necesario convenir en que en ciertos casos es muy fácil el volver la criatura, como, por ejemplo, cuando las aguas del amnios acaban de derramarse, y cuando la matriz no ha tenido tiempo todavía de reducirse. Tambien es preciso confesar que en muchas mugeres el uso del forceps presenta grandes dificultades.

§. I. Cuidados relativos á los parientes y á la enferma.

Dicta la prudencia que el comadron no emprenda ninguna maniohra seria sin haber manifestado á los parientes los motivos que le determinan á obrar. Entonces es el caso de no ocultar nada, y exponer con franqueza su modo de pensar acerca de los peligros que amenazan á la madre ó á la criatura.

Tambien conviene obtener el consentimiento de la enferma, haciéndola ver la necesidad de la operacion, procurando sin embargo que no se entere del peligro en que está; al contrario, es menester asegurarla, y sostener su valor por todos los medios posibles.

§. II. Cuidados relativos al comadron.

En los casos dificiles el comadron instruido y prudente procura poner siempre á cubierto su responsabilidad, ilustrándose con los consejos de uno ó mas compañeros.

En el momento de obrar, debe conservar su serenidad cuanto le sea posible, y evitar con cuidado todo lo que pueda hacer que la enferma pierda su confianza, ó causarla alguna inquietud.

Si se trata de una maniobra en que la mano no debe penetrar profundamente en las partes, bastará que se levante las mangas; pero en el caso contrario es absolutamente indispensable que se quede en mangas de camisa. También conviene que se provea de un delantal.

§. III. Tiempo en que conviene maniobrar.

Cuando se conoce que no puede confiarse el parto á las fuerzas de la naturaleza, es menester darse prisa á maniobrar, porque reduciéndose luego la matriz, abrazará muy estrechamente al feto, y serán tanto mas difíciles las maniobras quanto mas tiempo se haya pasado; además, la compresión que entonces sufre el feto no dejará de serle peligrosa. El momento, pues, mas favorable para maniobrar es el que sigue inmediatamente á la rotura de las membranas, y al derrame de las aguas del amnios, estando el orificio del cuello completamente dilatado. Con efecto, entonces es siempre fácil dislocar la criatura, é imprimirla los movimientos necesarios para su extracción.

Pero puede suceder que el comadron no sea llamado á tiempo, ó tambien que los accidentes que se hayan manifestado no permitan esperar á la entera dilatacion del cuello, ni tampoco á la rotura de las membranas; entonces convendrá penetrar á la fuerza en la matriz, dilatando por grados su orificio, y en el caso de encontrar demasiada resistencia, practicar la operación cesárea vaginal.

Si el caso no es tan urgente, se podrán poner en uso antes de todo los medios mas propios para favorecer la dilatacion del orificio, como los baños de agua caliente, las fumigaciones, las inyecciones emolientes, la sangría, la pomada de belladonna, &c.

§. IV. Cuidados particulares.

Antes de proceder conviene proveerse de todas las cosas que pueden ser necesarias durante la maniobra, como trapos, toallas, almofias con agua caliente y agua fria, esponjas, aceite, agua de flor de naranja, agua de colonia, vino añejo, vinagre, &c.

§. V. Posicion de la muger.

La muger debe estar en posicion supina, con las nalgas situadas cerca del borde de la cama y bien descubiertas: la cabeza á la altura del pecho, sostenida por almohadas, los muslos y las piernas deben estar en semiflexion, y los mantendrán separados dos ayudantes.

Conviene mucho que la altura de la cama sea proporcionada á la estatura del comadron, sin lo cual las maniobras podrian presentar las mayores dificultades.

§. VI. Posicion del comadron.

La posicion del comadron no debe ser fija, sino que debe variar necesariamente segun las circunstancias.

En algunos casos puede ser muy ventajoso ponerse de rodillas, ó sentarse en una silla; en otros es mas conveniente quedar de pie. Esta última posicion conviene sobre todo cuando la manioobra que se ejecuta exige mucha fuerza.

§. VII. Agua de socorro.

Si apareciere que la criatura está en peligro de perder la vida durante la manioobra, será menester echarle agua de socorro, derramando este líquido en forma de cruz sobre la parte que presente, pronunciando estas palabras: *Criatura, yo te bautizo en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu santo.* Si se sospecha que está ya muerta, se añaden estas palabras: *si estás viva;* y si es monstruosa, ó se halla poco desarrollada, *si eres capaz de bautismo.*

§. VIII. Diagnóstico de la posicion.

Para obrar con conocimiento de causa, y maniobrar con buen éxito, es absolutamente indispensable conocer bien y con anticipacion la posicion en que se halla colocado el feto. Indicaremos con pormenores los caracteres propios de cada posicion cuando llegemos á tratar de la manioobra propiamente dicha.

§. IX. Eleccion de la mano.

No siempre es indiferente introducir una ú otra mano

en las partes genitales; al contrario, casi siempre la eleccion de la mano de que se debe servir, la determina la posicion que presenta la criatura.

Diremos en cada caso particular con qué mano conviene maniobrar con preferencia (1).

§. X. Modo de introducir la mano.

Antiguamente se aconsejaba que despues de haber dispuesto los dedos en forma de cono, y vuelta la palma de la mano hácia abajo, se penetrase en la vagina como conduciéndola por grados á la supinacion; pero este modo de obrar es enteramente vicioso, porque no permite llegar sino con mucha dificultad, y despues de haber causado á la muger dolores atroces.

Es mucho mas conveniente presentar la mano abierta en el sentido del mayor diámetro de la vulva, es decir, el borde radial debajo del pubis, el cubital al lado del coxis, y el pulgar aplicado á la palma de la mano. Con efecto, de este modo se penetra mas fácilmente, y solo se ocasiona á las enfermas el menor dolor posible.

Casi es inútil advertir que antes de procurar atravesar la vulva, se debe untar siempre la mano con aceite para que pueda introducirse mejor, y preservarse de ciertas enfermedades contagiosas de que pueden estar infestadas las partes de la muger.

§. XI. Tiempo en que conviene introducir la mano.

Se puede casi indiferentemente introducir la mano en la vagina durante ó en el intervalo de los dolores; pero cuando se trata de llegar á la matriz, es mejor escoger el instante del reposo (2).

Efectivamente, como en esta época ya no tiene el cuello la tension de que gozaba durante la contraccion, es muy fácil atravesarle. Conviene no olvidar en el momento en que se pro-

(1) Es muy aventurado lo que dice Mr. Mayor de Lausane, á saber: que todos los partos imaginables pueden terminarse con la misma mano con tal que se dé á la muger una posicion conveniente.

(2) No se deberá tomar esta precaucion si la vida de la enferma estuviere próximamente amenazada.

cura penetrar en el órgano el sostener su fondo por medio de la otra mano aplicada sobre el abdomen, porque de otra manera sería muy difícil penetrar, y podría resultar alguna rasgadura. Por otra parte es muy esencial que la mano siga la direccion de los ejes de la pelvis.

§. XII. De las reglas relativas á la version.

Es preciso, en cuanto sea posible, no tratar de dar vuelta al feto sino en el intervalo de los dolores; porque la matriz le comprime de tal modo en el momento de las contracciones, que es muy difícil el mudar su posicion. Ademas se entorpece prontamente la mano del comadron, y sucede con frecuencia que entonces ya no es capaz de ningun movimiento.

La extraccion del feto debe hacerse generalmente con mucha lentitud; este es el medio de evitar la inercia de la matriz, que no deja de sobrevenir cuando se vacia el órgano con demasiada precipitacion. Tambien es muy esencial no ofender las partes en las cuales se manobra. Siempre debe extraerse el feto en el sentido de su flexion natural; de otra suerte se presentarán grandes dificultades en la manobra, y podrán producirse luxaciones ó fracturas.

Mientras que una de las manos manobra en la matriz, importa mucho que la otra esté colocada sobre el hipogastrio á que corresponde el fondo del órgano, ya sea para fijarle, ó ya para variar su direccion si fuere necesario.

Cuando todas las partes están bien conformadas, y la posicion viciosa del feto es el único obstáculo para el parto, se propone solamente el comadron al introducir la mano en la matriz variar esta posicion, y situar la criatura de tal modo que pueda en seguida atravesar por sí sola los estrechos de la pelvis. Para lograr, pues, este resultado, basta situar en el centro del estrecho superior una ú otra extremidad del feto. Decimos una ú otra, porque dada ya la vuelta en el caso que suponemos, vuelve á entrar el parto en la clase de los que se llaman naturales. Sin embargo, si la extremidad cefálica no está muy distante del estrecho superior, será necesario colocarla en él con preferencia, por ser siempre mas fácil y feliz el parto de cabeza que el que se verifica por la extremidad abdominal.

Si los pies, las rodillas ó las nalgas se encontraren mas próximos al estrecho que la cabeza, será necesario colocarlos en él; pero entonces en lugar de abandonar el parto á la naturaleza, como cuando es la cabeza la que se presenta, se deberá auxiliar los esfuerzos de la muger haciendo algunas tracciones en el feto. Estas, hechas con cuidado y en la direccion de los ejes de la pelvis, no tienen inconveniente de ninguna especie, y asi bastan en muchos casos para salvar la vida de la criatura.

Cuando reconoce el comadron, despues de haber colocado el feto convenientemente, que la naturaleza no puede hacer salir del paso á la muger, ó que graves accidentes amenazan su existencia, debe proceder á la terminacion del parto por medio del forceps, ó de la mano sola, segun que ha colocado la cabeza ó la extrémidad abdominal del feto, teniendo entendido por otra parte que la maniobra debe hacerse con mas ó menos prontitud, segun que es mas ó menos urgente la causa que determina á operar.

ARTÍCULO II.

De las presentaciones del feto.

Son en extremo numerosas las diferentes posiciones que puede presentar el feto en el interior de la matriz, si no se mirá mas que á la parte que presenta en el centro del orificio y á sus relaciones con los diferentes puntos de la pelvis, pero cuando no se quiere atender mas que á las maniobras que reclaman estas diferentes posiciones, se conoce desde luego que su número puede reducirse mucho. En una obra que hemos publicado en 1827 sobre la maniobra de los partos preternaturales, hemos ya demostrado que aun reconociendo la posibilidad de un número mayor de posiciones, se podía muy bien no admitir mas que dos principales para cada una de las regiones del feto, á saber: una para la mitad lateral izquierda de la pelvis, y otra para la mitad lateral derecha. Este nuevo modo de mirar las posiciones del feto en cada una de sus presentaciones, parecerá muy natural, sobre todo cuando hayamos demostrado que todas las posiciones de una misma mitad de la pelvis exigen exactamente la misma maniobra.

Es de advertir que lo que decimos aquí no se aplica sino á los partos que se terminan enteramente con el auxilio de la mano, porque si solo se trata de aquellos en que no se hace mas que reducir una de las extremidades del feto al centro del estrecho superior, vendremos á parar al instante á la clase de los partos naturales, y nos veremos precisados á admitir todas las posiciones en que la criatura puede ser expelida por las fuerzas solas de la madre.

Las presentaciones que admitimos en cuanto á la manobra son: respecto á las extremidades, las de los *pies*, de las *rodillas*, de las *nalgas*, y del *vértice de la cabeza*; y con respecto al tronco, las de las *regiones anterior, posterior y laterales*.

Entre estas presentaciones hay unas que son muy frecuentes, y otras que por el contrario solo se presentan raras veces.

He aquí la relacion comparativa que hace de ellas Madama Lachapelle: en 22.243 partos observados en el espacio de 9 años, se presentó la cabeza 20.698 veces por su vértice, y 103 por la cara propiamente dicha (region anterior segun mi division); las nalgas 492; los pies 303; las rodillas 9; el hombro (region lateral) 118. Restan 520 partos cuya posición no fué determinada.

Segun este cuadro, fácil es de conocer cuán raras son las posiciones del tronco propiamente dicho, sobre todo las de las regiones anterior y posterior, puesto que en el número de partos indicados no se presentaron una sola vez (1). ¿Se debe inferir de aquí con algunos autores, que son imposibles estas posiciones dentro de la matriz á causa de la direccion de las contracciones de este órgano, que tienden siempre á convertirlas en posiciones laterales? No, sin duda, porque á pesar de la autoridad de Merriman, de Mad. Lachapelle y otros, no vemos por qué no han de presentarse en el estrecho superior las regiones anterior y posterior del feto lo mismo que las regiones laterales. Por otra parte, aun cuando el raciocinio tendiese á hacer creer que no pueden tener efecto estas posiciones, la experiencia probaria eviden-

(1) A no ser que sean de las que no se pudieron reconocer.

temente lo contrario; y ateniéndonos á lo que sabemos de positivo sobre este punto, diremos que cuando estábamos agregados al Hospital general de París tuvimos ocasion de encontrar una presentacion de la parte media de las espaldas, hallándose situada la cabeza del feto encima de la cavidad cotiloidea izquierda, y las nalgas encima de la sínfisis sacroiliaca derecha: confirmaron este hecho el médico de la sala, doctor Caillad y varios alumnos internos, en cuya presencia terminamos el parto. Ahora bien, si queda demostrado que pueden verificarse las posiciones de la region posterior del feto, no hay razon para no querer admitir las de la region anterior. Aquí la criatura se halla indudablemente en una situacion poco favorable, puesto que está doblada con violencia sobre su region posterior: sin embargo, esta situacion no es como se ha dicho incompatible con la vida.

Las causas á que racionalmente pueden atribuirse las posiciones viciosas del feto son: 1.º un desarrollo muy considerable de la matriz: 2.º una excesiva oblicuidad de este órgano: 3.º la existencia de una gran cantidad de agua dentro de las membranas: 4.º el pequeño volúmen de la criatura: 5.º los movimientos que ejecuta dentro de la matriz: 6.º por último, los movimientos y las actitudes de la madre.

Siempre que la criatura deje de presentar una ú otra de sus extremidades en el centro del estrecho superior, es imposible el parto por las solas fuerzas de la naturaleza (1); y por lo comun es de absoluta necesidad el introducir una mano en la matriz para efectuar la version. Empero ha sucedido ya durante el trabajo del parto, que una de las peores posiciones se convirtió en un instante, y sin los auxilios del arte, en otra favorable á la expulsion del feto; así se han visto casos en que la criatura ha presentado alternativamente la espalda, una ú otra region lateral, los pies, las rodillas, el vértice de la cabeza, &c. Estas mudanzas de posicion solo pueden tener lugar antes de la rotura de las membranas, y cuando la matriz contiene una gran cantidad de agua con relacion al volúmen del feto, porque despues que se han

(1) A menos, sin embargo, que la pelvis de la madre no sea muy ancha, ó esté poco desarrollado el feto. Solo de esta manera se pueden comprender los partos en que se ha dicho que la criatura presentó ambas extremidades.

derramado las aguas y se ha reducido la matriz, es muy difícil concebir cómo pueda el feto mudar de posición hallándose comprimido por todas partes.

Por consiguiente, luego que haya reconocido el comadron antes de romperse las membranas, que la criatura está colocada en una mala posición, debe observar con el mayor cuidado todo lo que pasa durante el trabajo del parto, á fin de estar pronto á mantenerla en una posición mejor si ésta llegare á presentarse: el modo de lograr este resultado consiste en romper las membranas, y hacer por este medio que la matriz disminuya su capacidad.

Mas si estando rotas las membranas y el cuello suficientemente dilatado, conservare el feto su mala posición, será menester proceder inmediatamente á la maniobra, porque la menor dilación podría ser funesta á la madre ó á la criatura.

§. I. De las presentaciones de los pies.

Que los pies del feto estén en el estrecho superior ó en el inferior de la pelvis, es absolutamente igual la maniobra, con la diferencia que en el primer caso es necesario que la mano penetre mas profundamente en las partes. Consagraremos, pues, un solo y mismo artículo á estas dos series de posiciones.

Diagnóstico. La articulación en ángulo recto del pie con la pierna, la eminencia de los talones, la poca longitud de los dedos, que presentan todos una misma dirección, la convexidad de la cara dorsal, la disposición inversa de la cara plantar, la prominencia de los maleolos, tales son los caracteres que distinguen los pies, é impiden que se les confunda con las manos.

Elección de la mano. Siempre que los talones se hallen dirigidos á la izquierda de la pelvis, es menester servirse con preferencia de la mano derecha, y *vice-versa*; con efecto, de esta manera se agarran los pies por detras, y no hay peligro en los esfuerzos de tracción que se hacen de enderezar el ángulo recto que forma el pie con la pierna. Es inútil colocar el índice entre los dos miembros.

Si los talones se ven dirigidos hácia la sínfisis de los pubis, ó hácia el ángulo sacro-vertebral, se introducirá indife-

rentemente una ú otra mano, teniendo cuidado, sin embargo, de reducir la posicion á primera si se ha introducido la mano derecha, y á segunda en el caso contrario. Si se presentare un solo pie, no será necesario ir en busca del otro, á no ser que se halle de tal modo colocado que se oponga á la salida del feto.

A. Primera diagonal.

Relaciones. Los talones del feto corresponden á la cavidad cotiloidea izquierda, y los dedos de los pies á la sinfisis sacro-iliaca derecha. La region posterior del tronco mira al mismo lado que los talones, y la region anterior al mismo que los dedos (1).

Maniobra. Despues que el comadron ha agarrado los pies dentro de las partes de la madre, los saca afuera, y los envuelve en un lienzo seco para evitar el escurrimiento de los dedos. Coge en seguida el miembro izquierdo con la mano izquierda, y el derecho con la mano derecha, cuidando de colocar los pulgares en la parte posterior de las piernas, y los dedos reunidos en su parte anterior; de esta manera ninguna cosa separa los miembros, que entonces se prestan un mútuo apoyo. Hace salir sucesivamente las piernas y los muslos, tirando de ellos en la direccion del eje del estrecho superior, y va subiendo el lienzo y las manos á medida que se desprenden las partes.

Cuando las nalgas han llegado al estrecho inferior, el comadron les da un movimiento de elevacion á fin de hacer salir en primer lugar la cadera que está detras. Hecho esto, pasa la mano derecha por debajo de los muslos del feto, y los alza hácia la ingle del lado izquierdo. Desliza entonces los dedos índice, y medio de la mano izquierda á lo largo del vientre de la criatura, para cerciorarse del estado del ombligo; si está tenso, procurará aflojar el cordón tirando de la porcion que se adhiere á la placenta. Si el cordón está colocado entre los dos muslos, será menester doblar el que está encima, y despues procurar reducir dicho cordón al lado de la region umbilical.

(1) No entraremos en mas pormenores acerca de las relaciones del feto con su madre por no repetir lo que hemos dicho en el artículo *Parto natural*.

Si esto no se pudiere conseguir, se deberá hacer su seccion y terminar el parto, despues de haber colocado una ligadura provisional en el extremo del cordon pegado á la criatura.

Despues que el comadron ha atendido al cordon umbilical, extiende su mano izquierda sobre la cadera izquierda, y la derecha sobre la cadera del mismo lado, y dá al feto movimientos alternativos de elevacion y depresion en la direccion de una línea, que partiendo de la ingle derecha, fuese á parar á la parte posterior é interna del muslo izquierdo. De este modo se efectúa la extraccion del tronco hasta los sobacos.

Quando estos están á punto de aparecer en la vulva, el comadron levanta el feto hácia la ingle derecha; y le fija sólidamente en su mano izquierda, para ocuparse en la extraccion del brazo derecho (1).

Para esto introduce profundamente el índice y el dedo de en medio de la mano derecha por encima del brazo, el pulgar dirigido hácia el hueco del sobaco, y hace que el miembro recorra toda la corvadura del sacro para desprenderlo por el lado opuesto, teniendo cuidado de doblar el antebrazo sobre el brazo, y de recorrer sucesivamente todas las partes hasta las puntas de los dedos.

A este tiempo conviene inclinar el feto á la izquierda de la madre, para que sea mas fácil el desprendimiento del brazo. Extraido que sea el miembro derecho, se le coloca en el lado correspondiente del tronco, y se vuelve á poner el feto sobre la mano derecha, bajándole un poco hácia la parte posterior é interna del muslo izquierdo. Hecho esto introduce el comadron el índice y el dedo de en medio de la mano izquierda por encima del segundo miembro, y procede á su extraccion, siguiendo los mismos principios que respecto del primero.

Luego que han salido las dos extremidades superiores, introduce el comadron toda la mano derecha hasta tocar la cara del feto, y coloca dos dedos á cada lado de la nariz; desliza en seguida á lo largo de la espalda del feto, y hasta llegar al oc-

(1) Para mayor facilidad se debe empezar siempre la extraccion de los miembros superiores por el que está detras.

No soy de la opinion de Deventer que, fundándose en lo que pasa en el parto natural, quiere que no se extraigan los brazos sino al mismo tiempo que la cabeza.

cupucio los dedos índice y medio de la mano izquierda; después tirando hácia sí con la mano puesta en la cara, al mismo tiempo que empuja con los dos dedos situados sobre el occipucio, efectua el movimiento de flexion de la cabeza sobre el pecho. Entonces, sin que sus manos varien de lugar, hace descender la cabeza al estrecho inferior, haciéndola seguir la direccion del eje del estrecho superior. Poniendo en seguida los dedos índice y medio de la mano izquierda transversalmente sobre la apofisis mastoidea del lado derecho, y los mismos dedos de la mano derecha transversalmente sobre el lado izquierdo de la barba, hace ejecutar á la cabeza su movimiento de rotacion; dándola en seguida movimientos laterales, y levantándola para dirigirla segun el eje del estrecho inferior, termina su desprendimiento.

Quando la cabeza está á punto de salir, pone el comadron debajo de ella la mano izquierda, y corre la derecha sobre las nalgas. Quando se ha completado el desprendimiento coloca la criatura al traves de las partes de la generacion. (Véase en cuanto á los cuidados que exige del comadron la criatura, &c, la página 126).

Todas las demas posiciones del lado izquierdo de la pelvis deben reducirse á la primera por un movimiento de rotacion que se de al feto á medida que sale de las partes. Por lo demas exigen exactamente la misma maniobra.

B. Segunda diagonal.

Relaciones del feto. Los talones miran á la cavidad cotiloidea derecha, y los dedos á la sinfisis sacro-iliaca izquierda; la region posterior del tronco corresponde al mismo lado que los talones, y la anterior al mismo que los dedos.

Eleccion de la mano. Aquí es la mano izquierda la que se debe introducir en las partes con preferencia.

Maniobra. Es la misma que en la posicion precedente, solo que debe ejecutarse en un órden inverso.

Así, coge el comadron los dos pies con la mano izquierda, y los saca fuera de la vulva, los envuelve en un lienzo, y toma el miembro izquierdo con la mano izquierda, y el derecho con la derecha. Quando las nalgas están para salir las levanta, á fin de que se desprenda primeramente la ca-

dera que está detras. Pasa en seguida la mano izquierda á la parte anterior de los muslos, y los levanta hácia la ingle derecha, á fin de poder asegurarse de la posicion del cordón umbilical por medio de los dedos índice y medio de la mano derecha. Extendiendo luego la mano derecha sobre la cadera derecha, y la mano izquierda sobre la cadera izquierda, da al troneo movimientos de elevacion y de depresion en la direccion de una línea, que partiendo de la ingle izquierda fuese á parar á la parte posterior é interna del muslo derecho. Continúa dando estos movimientos hasta que los sobacos lleguen cerca de la vulva. Entónces el comadron, fijando el feto en su mano derecha, y manteniéndole levantado hácia la ingle izquierda, procede á la extraccion del miembro que está detras. En seguida pasando el feto á la mano izquierda, y teniéndole bajado hácia la parte posterior é interna del muslo derecho, efectua la extraccion del miembro situado superiormente. Despues, deslizando la mano izquierda sobre la cara, y los dos primeros dedos de la mano derecha sobre el occipucio, dobla la cabeza sobre el pecho, y la introduce en el estrecho inferior de la pelvis. Colocando en seguida los dos primeros dedos de la mano derecha transversalmente sobre la apofisis mastoidea izquierda, y los mismos dos dedos de la mano izquierda sobre el lado derecho de la barba, hace experimentar á la cabeza su movimiento de rotacion; despues de lo cual, dándola movimientos laterales y levántándola, efectúa su desprendimiento. Cuando la cabeza está á punto de salir, pone el comadron la mano derecha debajo de ella, y hace que se deslice al mismo tiempo la izquierda sobre las nalgas del feto. Terminada la extraccion coloca la criatura al través de las partes de la generacion.

Todas las posiciones de la mitad derecha de la pelvis deben reducirse á la segunda, y exigen la misma maniobra. Si los talones miraren al pubis, ó al sacro, introducirá inmediatamente el comadron una ú otra mano, y las convertirá en primera ó en segunda posicion. Con la mano derecha traerá los talones á la izquierda, y con la mano izquierda los traerá á la derecha, para terminar en seguida el parto como se ha dicho anteriormente: si cuando es uno llamado para asistir á una parturiente hubiere salido ya parte del

tronco en una posición viciosa, es decir, teniendo sus regiones anterior ó posterior vueltas directamente hácia adelante, ó hácia atrás, será preciso procurar empujarle hácia adentro, poniendo una de las manos en el vientre, y la otra en la espalda, para reducirle en seguida á una posición lateral primera ó segunda á medida que se extraiga el feto.

Si todo el tronco hubiere atravesado el cuello de la matriz, y solo la cabeza estuviere detenida en el estrecho superior, ya no será posible empujarle hácia adentro; entonces se deberá extraer los brazos como si fuesen los que se presentasen, si la region anterior del feto mirare al sacro, y trayéndolos debajo del arco de los pubis en el caso contrario. Se colocará despues la cabeza diagonalmente, aplicando dos dedos á la apofisis mastoidea de un lado, y otros dos al lado opuesto de la barba. Se la introducirá en la excavacion, y despues de haberla dado el movimiento de rotacion se procederá á su desprendimiento.

§. II. De las presentaciones de las rodillas.

Las rodillas pueden presentarse, lo mismo que los pies, en el estrecho superior y en el inferior de la pelvis; mas no siendo aquí igual la maniobra en ambos estrechos, debemos destinar un artículo particular para cada uno de ellos.

Diagnóstico. Las rodillas se presentan al tacto en forma de dos tumores redondeados, duros, mucho mas voluminosos que los codos (únicas partes con que se pueden confundir) y situados ordinariamente uno al lado del otro. Si por cualquiera accidente hubiese alguna duda acerca de su presencia, habria que introducir el dedo un poco mas profundamente, y las partes que entonces se tocasen disiparian bien pronto toda incertidumbre.

I. Posiciones del estrecho inferior.

Medios de extraccion. Las rodillas en el estrecho inferior pueden extraerse: 1.º con el auxilio de los dedos situados en la corva; 2.º á favor de un gancho obtuso; y 3.º por medio de un lazo (1).

(1) Los lazos de que nos servimos mas comunmente son una especie de cinta de hilo como de una vara de largo, y una pulgada de ancho.

Los dedos se escurren sobre el feto, y raras veces son suficientes.

El gancho romo es muy conveniente, pero infunde temor á las mugeres, y debe omitirse por esta razon.

El lazo, pues, merece la preferencia; se le introduce con la mano derecha en las posiciones de la mitad izquierda de la pelvis, y con la mano izquierda en las de la mitad derecha; y conviene aplicarlo á la corva que está encima. Una vez colocado representa la extremidad que abraza, y debe cogerse con la mano que corresponde al nombre de esta extremidad.

A. Primera diagonal del estrecho inferior.

Relaciones del feto. La parte anterior de las piernas mira á la cavidad cotiloidea izquierda, y la de los muslos á la sínfisis sacro-iliaca derecha. La espalda se dirige hácia adelante, y á la izquierda, y el vientre hácia atras, y á la derecha.

Maniobra. Despues de estar bien asegurado el comadron de la disposicion del pliegue articular, fija el medio del lazo en el vértice del dedo índice derecho, le introduce de arriba abajo en la corva que está encima, le retira con el pulgar y el índice de la misma mano por entre las dos rodillas, y se forman con sus extremos dos cabos casi iguales, que deben asegurarse con firmeza en la palma de la mano izquierda con los tres últimos dedos, teniendo cuidado de alargar el índice de la misma mano sobre el lado externo del muslo, y poner el índice de la otra mano en la corva que está debajo.

Se tira de las rodillas hácia afuera en la direccion del eje del estrecho superior, y á muy poco habrán salido lo bastante para que se las pueda agarrar con toda la mano; entonces se ponen los pulgares sobre la parte anterior de las piernas, y los dedos reunidos sobre la parte anterior de los muslos.

Luego que las nalgas aparecen en la vulva, se las levanta para desprender primeramente la cadera que está detras. Se traen despues las piernas debajo del arco de los pubis, y se extraen doblando los muslos sobre la pelvis. Una vez desprendidas las piernas se termina el parto como en la primera posicion de los pies.

Todas las demás posiciones de la mitad izquierda de la pelvis, deben reducirse por un movimiento de rotacion á la primera, y exigen la misma maniobra.

B. Segunda diagonal del estrecho inferior.

Relaciones del feto. La parte anterior de las piernas mira á la cavidad cotiloidea derecha, y la de los muslos á la sinfisis sacro-iliaca izquierda. La espalda se dirige hácia adelante, y á la derecha, y el vientre hácia atras, y á la izquierda.

Maniobra. Aquí se introduce el lazo con la mano izquierda, y cuando está aplicado, se le coge con la mano derecha; se pone el índice de la primera en la corva que está detras, y se sacan las rodillas, siguiendo las reglas indicadas en la posicion anterior. Luego que se han sacado las piernas se termina el parto como en la correspondiente posicion de los pies.

Todas las demás posiciones de la mitad derecha de la pelvis deben reducirse á la segunda, y exigen la misma maniobra.

Si la parte anterior de las piernas mira directamente al sacro ó al pubis, se introduce el lazo indistintamente con una ú otra mano, y se convierte en una posicion diagonal, para terminar en seguida el parto como queda dicho.

II. Posiciones del estrecho superior.

Cuando las rodillas están todavía en el estrecho superior, puede en rigor traerlas el comadron al estrecho inferior, y proceder despues como acabamos de decir; pero es mucho mejor mudar en seguida la posicion buscando los pies.

Eleccion de la mano. Cuando los pies se dirigen á la izquierda de la pelvis se introduce la mano derecha, y cuando á la derecha se introduce la izquierda.

Reglas para la extraccion de los pies. Siempre que se trate de desprender los pies, en cualquiera posicion que esté el feto, es necesario recorrer primeramente con la mano el miembro que está detras, y extraer sin embargo primero el que se encuentra delante. Cuando el miembro que está detras ha sido desprendido primeramente, sirve como de guia para ir en busca del otro; pero cuando éste se ha extraido primero, es preciso recorrer de nuevo con la mano el miem-

bro que está detrás; para efectuar su desprendimiento.
Esta regla es general, y sin ninguna excepción.

A. Primera diagonal del estrecho superior.

Relaciones del feto. Las mismas que en el estrecho inferior, solo que las partes no están tan adentro en la pelvis.

Maniobra. Se introduce la mano derecha hasta colocarla sobre la cadera que está detrás; se baja por el muslo hasta la rodilla; despues, subiendo por la pierna hasta el pie, se coge este último entre el pulgar y los demas dedos, y se le saca afuera.

Este primer miembro desprendido sirve de guia para ir á buscar el otro; se sigue su lado externo y posterior, teniendo cuidado de dejar el pulgar en su lado interno, y cuando se ha llegado á las nalgas, donde se encuentra la segunda extremidad, se pasan los cuatro dedos por encima, y se las saca, cargando sobre el miembro desprendido primeramente.

Cuando ya están fuera los dos miembros, se termina el parto como en la primera posicion de los pies.

Todas las posiciones de la mitad izquierda de la pelvis exigen la misma maniobra, y deben reducirse á la primera de los pies.

B. Segunda diagonal del estrecho superior.

Relaciones. Las mismas que en el estrecho inferior.

Maniobra. Se introduce la mano izquierda, y se procede al desprendimiento de los pies, siguiendo los mismos principios que en la primera posicion. Una vez desprendidos los dos miembros, se termina el parto como en segunda posicion de los pies.

Todas las posiciones de la mitad derecha de la pelvis deben reducirse á la segunda de pies, y exigen por lo demas la misma maniobra.

Si la parte anterior de las piernas corresponde directamente al pubis ó al sacro, se introduce indistintamente una ú otra mano, y se convierte en primera ó segunda posicion, para conducirse en seguida como se acaba de expresar. Sin embargo, deberá hacerse de modo que se lleven los pies á

la izquierda de la pelvis, si se hubiere introducido la mano derecha, y *vice-versa*.

§. III. De las presentaciones de las nalgas.

Las nalgas pueden, lo mismo que los pies y las rodillas, presentarse en el estrecho superior y en el inferior de la pelvis.

Diagnóstico. Se conocen las nalgas por un tumor ancho, redondeado, menos duro que la cabeza, y menos flexible que el abdomen, que presenta tres eminencias huesosas, formadas por el coxis y las tuberosidades ciáticas, y un surco profundo en el cual se encuentran el ano y las partes de la generación. Las dos columnas que forman los muslos, y la salida del meconio pueden tambien favorecer el diagnóstico.

I. Posiciones del estrecho inferior.

Cuando se presentan las nalgas en el estrecho inferior, es casi siempre imposible empujarlas hácia la matriz, y hay que extraerlas entonces en la posición que presentan.

Para esto se pueden emplear los dedos solos, un lazo, ó un gancho romo, y como este último medio merece siempre la preferencia, creemos que se debe remitir esta serie de posiciones á los partos que reclaman el uso de instrumentos romos.

II. Posiciones del estrecho superior.

Cuando las nalgas están todavía en el estrecho superior, es generalmente muy fácil empujarlas para ir en busca de las extremidades inferiores. Por medio de esta maniobra se convertirán en seguida las posiciones de las nalgas en posiciones de los pies.

Pero como las nalgas ocupan todo el estrecho superior, y seria imposible introducir la mano en él, y por otro lado están los pies muy distantes, es menester antes de todo, por medio de una maniobra bien combinada, desembarazar el estrecho superior, y acerear á su centro las extremidades abdominales del feto. Se llena esta doble indicacion empujando por una parte las nalgas hácia una de las fosas iliacas internas, y por otra inclinándolas hácia la matriz al lado opuesto.

Elección de la mano. Cuando los pies están á la izquierda

de la pelvis, se introduce la mano derecha, y cuando están á la derecha se introduce la izquierda.

Reglas para empujar. Cuando se ha introducido la mano derecha en las partes, se empuja hácia la derecha de la madre, y cuando la izquierda hácia la izquierda. Se inclina siempre el útero al lado opuesto á aquel hácia el cual se ha empujado.

A. Primera diagonal del estrecho superior.

Relaciones. La cara posterior del sacro corresponde á la cavidad cotiloidea izquierda, y la de los muslos á la sinfisis sacro-iliaca derecha.

Signos que caracterizan la posicion. Se encuentran la punta del coxis detrás de la cavidad cotiloidea izquierda, y las partes genitales delante de la sinfisis sacro-iliaca derecha. Entre estos dos puntos se presenta el ano y el surco perineal en la direccion de una línea que de la cavidad cotiloidea izquierda fuese á la sinfisis sacro-iliaca derecha.

Maniobra. Se introduce la mano izquierda en las partes, y se agarran las nalgas entre el pulgar colocado por delante y los demas dedos puestos por detrás, y se las empuja hácia la fosa iliaca izquierda, mientras que con la mano derecha aplicada al fondo de la matriz se inclina este órgano á la derecha. Se recorre en seguida con la mano todo el miembro abdominal que está detrás, y cuando se ha llegado al pie, se le coge entre el pulgar y los demas dedos para sacarle fuera.

Extraido el primer miembro, sirve de guia para ir á buscar el otro, que cruza ordinariamente la parte anterior del vientre y del pecho: se recorre con la mano su lado externo y posterior, dejando el pulgar por dentro. Cuando se ha llegado á la region anterior del tronco, se encuentra la segunda extremidad abdominal que se saca fuera, pasando los otros cuatro dedos por encima.

Una vez extraidos los dos miembros, se termina el parto como en la primera posicion de los pies.

Todas las posiciones de la mitad izquierda de la pelvis deben reducirse á primera, y exigen la misma maniobra.

B. Segunda diagonal del estrecho superior.

Relaciones. La cara posterior del sacro mira á la cavidad

cotiloidea derecha, y la de los muslos á la sínfisis sacro-iliaca izquierda.

Signos que caracterizan la posición. Los mismos en sentido inverso que para la primera posición.

Maniobra. Se introduce la mano derecha en las partes, y se empuja hácia la fosa iliaca derecha, al mismo tiempo que con la mano izquierda, colocada sobre el vientre, se inclina el útero á la izquierda. Se procede en seguida al desprendimiento de los miembros abdominales, observando las mismas reglas que se han dado para la primera posición.

Una vez extraídas las extremidades, se termina el parto como en la segunda posición de los pies.

Todas las posiciones de la mitad derecha de la pelvis deben reducirse á la segunda, y exigen la misma maniobra.

Si la cara posterior del sacro de la criatura correspondiere directamente al sacro ó al pubis de la madre, se introducirá indistintamente una ú otra mano, y se convertirá en primera ó segunda posición, según que se haya introducido la mano derecha ó la izquierda.

§. IV. De las presentaciones del vértice de la cabeza.

La cabeza, lo mismo que los pies, las rodillas y las nalgas, puede presentarse en los estrechos superior é inferior de la pelvis en dos posiciones principales.

Diagnóstico. La cabeza se puede conocer por un tumor voluminoso, redondeado, duro y que ofrece en ciertos puntos unos espacios membranosos, llamados unos fontanelas y otros suturas. Pueden servir tambien para ilustrar el diagnóstico los caracteres propios del cuero cabelludo.

La maniobra aplicable á las posiciones de la cabeza es diferente en el estrecho inferior que en el estrecho superior.

I. Posiciones del estrecho inferior.

Cuando la cabeza está en el estrecho inferior, haya ó no atravesado el cuello de la matriz, es preciso, en el mayor número de casos, aplicar el forceps: así, remitimos esta serie de posiciones á los partos que piden el uso de los instrumentos romos.

II. Posiciones del estrecho superior.

Cuando la cabeza está en el estrecho superior, aunque muchas veces sea mas conveniente aplicar el forceps, se puede sin embargo dar vuelta á la criatura, y terminar el parto con solo el auxilio de la mano.

En este último caso es menester, antes de ir en busca de los pies, desembarazar el estrecho superior empujando la cabeza hácia una de las fosas iliacas, y acercar los pies á este estrecho inclinando fuertemente la matriz al lado opuesto.

Aquí, lo mismo que en las posiciones de las nalgas, se empuja á la izquierda cuando se ha introducido la mano izquierda en las partes, y á la derecha cuando se ha introducido la mano derecha. Se inclina siempre el fondo de la matriz al lado opuesto á aquel hácia el cual se empuja la cabeza.

Elección de la mano. Siempre que para llegar á los pies del feto se deba recorrer uno de los lados de su tronco, será preciso introducir en las partes la mano que corresponde á este lado.

Así, cuando el lado izquierdo está hácia atrás, es menester servirse de la mano izquierda, y *vice versa*. También se podrá tomar por regla la posición de los pies; entonces cuando están á la derecha se introducirá la mano izquierda, y la derecha en el caso contrario.

A. Primera diagonal del estrecho superior.

Relaciones. El occipucio corresponde á la cavidad cotiloidea izquierda, y la frente á la sínfisis sacro-iliaca derecha. El lado izquierdo está hácia atrás y á la izquierda, y el derecho hácia adelante y á la derecha. Los pies están en el fondo de la matriz.

Signos que caracterizan la posición. Se encuentran detrás de la cavidad cotiloidea izquierda la fontanela posterior, y delante de la sínfisis sacro-iliaca derecha la fontanela anterior.

Entre estas dos fontanelas se halla la sutura sagital, que tiene la dirección de una línea, que partiendo de la cavidad cotiloidea izquierda, fuese á parar á la sínfisis sacro-iliaca derecha.

Maniobra. Estando hácia atrás el lado izquierdo del feto,

se introduce la mano izquierda, y se empuja la cabeza hácia la fosa iliaca izquierda, despues de haberla cogido entre el pulgar colocado por delante, y los otros cuatro dedos por detrás. Al mismo tiempo se aplica la mano derecha sobre el vientre de la madre, y se inclina fuertemente el útero á la derecha.

Introduciendo en seguida la mano izquierda tan adentro como sea posible, se recorre sucesivamente el lado de la cabeza, el del cuello, la parte posterior del hombro, y el costado propriamente dicho.

Cuando se ha llegado á las nalgas, se encuentran ordinariamente los pies, que se pueden extraer juntos; pero que siempre es mejor desprender uno despues de otro. Para ello se baja por el muslo hasta la rodilla, y en seguida se sube por la pierna hasta el pie, que se coje entre el pulgar y los demas dedos para sacarle fuera. Una vez desprendido este primer pie, debe fijarse por medio de un lazo dispuesto en forma de nudo corredizo, y colocado por encima de los tobillos. Este lazo se confia despues á un ayudante.

El comadron, sirviéndose de esta primera extremidad como de guia, recorre con la mano el lado externo, y posterior de aquella, dejando el pulgar hácia dentro; y cuando ha llegado á las nalgas, encuentra el segundo pie, que saca fuera pasando los otros cuatro dedos por encima.

Extraidas las dos extremidades, se da al feto un movimiento de rotación, y se le pone en la segunda posicion de los pies, terminándose el parto como en esta posicion.

Sucedé algunas veces que apoyándose la cabeza contra el estrecho superior de la pelvis, llega á impedir la extraccion del feto; entonces es necesario empujarla con la mano derecha, al mismo tiempo que con la izquierda se tira de los miembros abdominales.

Todas las posiciones de la mitad izquierda de la pelvis requieren la misma maniobra.

B. Segunda diagonal del estrecho superior.

Relaciones. El occipucio corresponde á la cavidad cotiloidea derecha, y la frente á la sinfisis sacro-iliaca izquierda. El lado derecho del feto está hácia atrás y á la derecha, el iz-

quierdo hácia adelante y á la izquierda, y los pies en el fondo de la matriz.

Signos que caracterizan la posicion. Se encuentran la fontanela posterior detrás de la cavidad cotiloidea derecha, y la anterior delante de la sinfisis sacro-iliaca izquierda.

Maniobra. Absolutamente la misma en sentido inverso que en la primer posición.

Así, se introduce la mano derecha en las partes, se empuja hácia la fosa iliaca derecha, se inclina el útero á la izquierda, se recorre con la mano el lado del feto que está detrás, y se pasa á desprender separadamente cada pie.

Cuando ya se hallan fuera las extremidades, se reduce el feto á la primera posición de los pies, y se termina el parto como en esta posición.

Si la cabeza llegare á impedir la extraccion del feto se la empujará con la mano izquierda, al mismo tiempo que con la derecha se tirará de los pies.

Todas las posiciones de la mitad derecha de la pelvis exigen las mismas maniobras.

Si el occipucio correspondiere directamente al pubis ó al sacro, se introducirá una ú otra mano, y se convertirá en primera ó segunda posición para seguir maniobrando lo mismo que en ellas, teniendo siempre presente que se debe dirigir con preferencia hácia atrás el lado del tronco que tuviere el nombre de la mano introducida en las partes genitales.

§. V. De las presentaciones del tronco.

Antes de hablar de las presentaciones del tronco, seria sin duda natural exponer las de la cara propiamente dicha, y las de las regiones occipital y temporales; mas como estas diferentes presentaciones de la cabeza no ofrecen indicaciones particulares, y pueden muy bien confundirse con las del tronco, nos ha parecido mas sencillo y conveniente no hacer de todas ellas mas que una sola série. Así, pues, comprenderemos en las regiones del tronco la cara propiamente dicha, y las regiones occipital y temporales.

El tronco del feto presenta cuatro grandes regiones, una anterior, otra posterior, y dos laterales.

Si no atendiésemos mas que á la maniobra aplicable á cada una de estas regiones del feto, podriamos dejar de subdividir las en otras muchas secundarias; pero pareciéndonos indispensable esta subdivision para dar á conocer con mayor precision los caracteres que distinguen las diferentes partes de una misma region, la conservaremos tal como la han admitido la mayor parte de los autores; solo que cuando se trate de la maniobra no veremos ya en las regiones anterior, posterior y laterales del feto mas que una sola y misma region, en la cual, puesto que se presenta en el estrecho superior de la pelvis, habrá que atenerse á una de las dos indicaciones siguientes:

Primera indicacion. Si la mala posicion de la criatura es el único obstáculo que se opone á la terminacion natural del parto, debe limitarse toda la maniobra á situar el feto convenientemente, es decir, á traer al centro del estrecho superior la extremidad que está mas cerca de él.

Para esto hay que servirse de la mano derecha cuando esta extremidad está á la izquierda de la pelvis, y *vice-versa*. Se empuja siempre el feto al lado de la madre que tiene el nombre de la mano introducida en las partes, y se inclina el fondo del útero al lado opuesto.

Una vez colocada convenientemente la criatura, debe la naturaleza terminar por sí misma el parto.

Segunda indicacion. Al mismo tiempo que la mala posicion de la criatura pueden sobrevenir algunos accidentes, tales como la inercia de la matriz, una hemorragia, convulsiones, &c.: en este caso no solo debe situarse el feto convenientemente, sino que es de absoluta necesidad el terminar el parto yendo á buscar los pies (1).

Se introduce en las partes la mano que tiene el nombre de la region lateral del feto, que se debe recorrer con ella (2), ó mas bien cuando los pies están á la derecha, conviene introducir la mano izquierda, y recíprocamente.

Una vez introducida la mano dentro de la matriz, se em-

(1) Si la cabeza se encontrare muy cerca del estrecho superior, probablemente será mas fácil reducirla al centro de la pelvis para aplicar en seguida el fórceps.

(2) Esta region está atrás en las presentaciones de las regiones anterior y posterior, y abajo en las de las regiones laterales.

puja el feto á la derecha ó izquierda de la madre segun sea el caso, y se recorre en seguida todo el lado indicado, hasta que se encuentran los pies, que se desprenden como queda dicho.

I. *Region posterior del feto.*

Comprende el occipucio, la nuca, la espalda y los lomos.

Caractéres que distinguen cada una de estas partes.

Region occipital. Se conoce por la fontanela posterior, por la sutura lambdoidea, por la eminencia del tubérculo occipital, y por la proximidad de la parte posterior del cuello.

La nuca está caracterizada por la eminencia de las apofisis espinosas de las vértebras cervicales, y por el poco volumen que presenta el cuello relativamente á la cabeza, que se encuentra á un lado, y á los hombros que se encuentran al otro.

La espalda se conoce por la presencia de las apofisis espinosas de las vértebras dorsales, y por los espacios intercostales.

Los lomos están caracterizados por las apofisis espinosas de las vértebras lumbares, por la falta de resistencia que se encuentra á cada lado del raquis, y por la presencia de las últimas costillas superiormente, y de los huesos de la pelvis inferiormente.

A. *Primera diagonal.*

Relaciones. La cabeza corresponde á la cavidad cotiloidea izquierda, y las nalgas á la sinfisis sacro-iliaca derecha. La espalda se dirige hácia abajo, el vientre hácia arriba, el lado derecho hácia atrás y á la izquierda, y el lado izquierdo hácia adelante y á la derecha.

Signos que caracterizan la posición. La sola dirección que presenta la fila de las apofisis espinosas de las vértebras basta para dar á conocer esta primera posición, sobre todo, si se atiende á los signos distintivos que hemos asignado á cada uno de los puntos de la region de que se trata. Así, en esta posición se encuentran por delante y á la izquierda los caractéres propios de las partes superiores del feto, y por detrás y á la derecha los que pertenecen á sus partes inferiores. La co-

lúmina vertebral se dirige oblicuamente en el sentido de una línea que partiendo de la cavidad cotiloidea izquierda, fuese á parar á la sínfisis sacro-iliaca derecha.

Primera indicacion.—Maniobra: Si se encuentra la cabeza cerca del estrecho superior, como está á la izquierda de la pelvis, se introduce la mano derecha, se coje la cabeza entre el pulgar colocado por delante y los otros cuatro dedos puestos por detrás; se la empuja hácia la derecha de la madre, y se reúnen después los dedos sobre el vértice para traerlo á la pelvis, al mismo tiempo que con la mano izquierda colocada sobre el vientre de la muger se inclina el fondo del útero á la izquierda. Queda, pues, la posicion reducida á la tercera del vértice de la cabeza, y confiada á los esfuerzos de la naturaleza la terminacion del parto.

Si las nalgas á su vez se hallan cerca del estrecho superior, como están á la derecha de la pelvis, se introduce la mano izquierda para cogerlas entre el pulgar colocado hácia adelante y los otros cuatro dedos puestos hácia atrás; se las empuja á la izquierda, y se las trae al centro de la pelvis, al mismo tiempo que con la mano derecha, colocada sobre el vientre de la muger, se vuelve el fondo del útero á la derecha. La posicion se halla entonces reducida á la primera de los pies, que la naturaleza termina por sí sola.

Segunda indicacion.—Maniobra: Estando dirigida hácia abajo la region posterior del feto, será imposible extraer los miembros abdominales, sin darles una extension forzada, que podría ocasionar una fractura ó una luxacion. Importa, pues, antes de todo, cambiar la posicion, y volver á colocar el feto de tal manera que no ofrezca ningun peligro el desprendimiento de sus pies. Para conseguirlo, lo mejor es, después de haber deslizado la mano izquierda (estando los pies á la derecha de la madre) por delante del sacro, y hasta tocar la cabeza de la criatura, que se dirige hácia adelante, traer por un movimiento de quicio la region anterior hácia abajo. Se ayuda poderosamente á este movimiento apretando de adelante atrás con la mano derecha aplicada sobre el vientre de la madre.

Una vez colocado de este modo el feto, se recorre toda su region lateral izquierda hasta los pies, que se extraen según

las reglas prescritas. Se reduce entonces á la segunda posicion de los pies, y se termina el parto como en esta posicion.

Todas las posiciones de la mitad izquierda de la pelvis exigen la misma maniobra.

B. Segunda diagonal.

Relaciones. La cabeza está en la cavidad cotiloidea derecha, y las nalgas en la sinfisis sacro-iliaca izquierda.

La espalda mira hácia abajo, el vientre hácia arriba, el lado derecho hácia adelante y á la izquierda, y el izquierdo hácia atrás y á la derecha.

Signos que distinguen la posicion. La fila de las apofisis espinosas se dirige oblicuamente en el sentido de una línea que partiendo de la cavidad cotiloidea derecha, fuese á parar á la sinfisis sacro-iliaca izquierda: agréguese á esta los signos que se pueden sacar de los caractéres que hemos asignado á la region posterior del tronco.

Primera indicacion.—Maniobra: Si se encuentra la cabeza cerca del estrecho superior, como está á la derecha de la pelvis, es menester introducir la mano izquierda, empujar á la izquierda, y traer el vértice de la cabeza al centro de la pelvis, al mismo tiempo que con la mano derecha se inclina el fondo del útero á la derecha. Queda, pues, reducida la posicion á la cuarta del vértice de la cabeza, en la que se termina el parto naturalmente.

Si en lugar de la cabeza son las nalgas las que se encuentran cerca del estrecho superior, como están á la izquierda de la pelvis, es preciso introducir la mano derecha, empujar á la derecha, y traer las nalgas al centro de la pelvis, al mismo tiempo que con la mano izquierda se inclina el fondo del útero á la derecha. La posicion queda en seguida reducida á la segunda de pies, en la que se termina el parto naturalmente.

Segunda indicacion.—Maniobra. La misma en sentido inverso que en la primera posicion.

Así, estando los pies de la criatura á la izquierda de la madre, se introduce la mano derecha por delante del sacro hasta tocar la cabeza, que se dirige hácia adelante, y se trae, por un movimiento de quicio, la region anterior hácia abajo. Hecho esto se recorre toda la region lateral derecha hasta los

pies, que se desprenden como hemos dicho anteriormente.

Se reduce en seguida á la primera posicion de pies, y se termina como en esta posicion.

Todas las posiciones de la mitad derecha de la pelvis exigen la misma maniohra.

Si la region posterior del feto estuviere situada directamente de adelante atrás, se hará uso indistintamente de una ó de otra mano, y se reducirá á una posicion primera ó segunda, teniendo cuidado de dirigir los pies á la izquierda de la madre si se ha introducido la mano derecha, y *vice-versa*; conduciéndose despues como en estas posiciones.

II. Region anterior del feto.

Comprende la cara propiamente dicha, la parte anterior del cuello, el pecho, y el vientre.

Caractéres que distinguen cada una de estas partes.

La cara presenta en su línea media la pequeña sutura coronal, la nariz, la boca y la barba; y en sus lados las orbitas y los pomulos. Todos estos caractéres están demasiado marcados para que se pueda desconocer la cara. Sin embargo, podria cometerse algun error si las partes blandas que cubren los huesos hubiesen experimentado una hinchazon considerable.

La parte anterior del cuello. La inmediacion de la barba, y de la parte superior del pecho, al mismo tiempo que la estrechez relativa del cuello, bastan ordinariamente para dar á conocer esta parte del feto.

El pecho presenta al tacto el esternon, las clavículas, las costillas y los espacios intercostales.

El vientre está caracterizado por un tumor blando, cuyos límites son por un lado las últimas costillas, y por el otro los huesos de la pelvis, y sobre todo por la insercion del cordon umbilical.

A. Primera diagonal.

Relaciones. La cabeza corresponde á la cavidad cotiloidea izquierda, y las nalgas á la sinfisis sacro-iliaca derecha. El vientre se dirige hácia abajo, la espalda hácia arriba, el lado

izquierdo hácia atrás y á la izquierda, y el derecho hácia adelante y á la derecha,

Signos que caracterizan la posicion. El tronco se dirige en el sentido de una línea, que partiendo de la cavidad cotiloidea izquierda, fuese á parar á la sínfisis sacro-iliaca derecha. Se encuentran por delante los caracteres que distinguen la parte superior del tronco, y por detrás los que pertenecen á su parte inferior.

Primera indicacion. Requiere la misma maniobra que la posicion correspondiente de la region posterior.

Segunda indicacion. Hallándose hácia atrás el lado izquierdo del feto, ó mas bien *estando los pies á la derecha de la madre*, se introduce la mano izquierda, se empuja hácia la izquierda, y se recorre todo aquel lado para ir á buscar los pies, que se desprenden separadamente. Despues se reduce la posicion á la segunda de los pies, y se termina el parto como en esta posicion.

Todas las posiciones de la mitad izquierda de la pelvis exigen la misma maniobra.

B. Segunda diagonal.

Relaciones. La cabeza corresponde á la cavidad cotiloidea derecha, y las nalgas á la sínfisis sacro-iliaca izquierda. El vientre mira hácia abajo, la espalda hácia arriba, el lado izquierdo hácia adelante y á la izquierda, y el derecho hácia atrás y á la derecha.

Signos que caracterizan la posicion. El tronco tiene la direccion de una línea que partiendo de la cavidad cotiloidea derecha, fuese á parar á la sínfisis sacro-iliaca izquierda. Se encuentran por delante las partes superiores del feto, y por detrás las inferiores.

Primera indicacion. La misma maniobra que en la posicion correspondiente de la region posterior.

Segunda indicacion. Estando el lado derecho del feto hácia atrás, ó mas bien, *estando los pies á la izquierda de la madre*, se introduce la mano derecha, se empuja á la derecha, y se recorre todo el lado derecho del feto para ir á buscar las extremidades; en seguida se reduce la posicion á la primera de pies, y se termina el parto como en esta posicion.

Todas las posiciones de la mitad derecha de la pelvis exigen la misma maniobra.

Si la region anterior del feto se halla situada directamente de adelante atrás, se introduce una ú otra mano, y se la reduce á una posición primera ó segunda, teniendo cuidado de dirigir los pies á la izquierda si se ha introducido la mano derecha, y *vice-versa*.

Se procederá en seguida como en estas posiciones.

III. *Regiones laterales del feto.*

Comprende los lados de la cabeza, los del cuello, los dos hombros, las partes laterales del pecho, los vacíos y las caderas.

Caractéres que distinguen cada una de estas partes.

El lado de la cabeza está caracterizado principalmente por la oreja, cuyas diferentes relaciones con la pelvis dan á conocer con exactitud la dirección que presenta el feto. Así pues, se sabe que el lóbulo corresponde á los pies, y la grande convexidad del hélix á la espalda, &c.

El lado del cuello se puede reconocer por su estrechez; pero sobre todo por la presencia de la oreja por un lado, y la del hombro por el otro.

El hombro se conoce por la eminencia redondeada que forma, por la clavícula que está delante, y por el omoplato situado posteriormente. La presencia del brazo y del sobaco favorece tambien el diagnóstico.

Lado del pecho. Esta region se halla caracterizada por las costillas y los espacios intercostales; por arriba se encuentra el sobaco, y por debajo la parte lateral de las paredes abdominales; por delante el esternon, y por detrás las apofisis espinosas de las vértebras.

Vacío. Esta region se conoce por su blandura, y por la presencia de las últimas costillas superiormente, y de los huesos del innominado inferiormente.

Cadera. La da á conocer principalmente la porcion iliaca del hueso innominado.

I. Posiciones de la region lateral derecha.

A. Primera diagonal.

Relaciones. La cabeza corresponde á la cavidad cotiloidea izquierda, y las nalgas á la sinfisis sacro-iliaca derecha. El lado derecho mira hácia abajo, el izquierdo hácia arriba, la espalda hácia adelante y á la derecha, y el vientre hácia atras y á la izquierda.

Signos que caracterizan la posicion. El tronco tiene la direccion de una línea que partiendo de la cavidad cotiloidea izquierda fuese á parar á la sinfisis sacro-iliaca derecha. Las partes superiores del tronco se encuentran hácia adelante, y las inferiores hácia atras.

Primera indicacion. Igual maniobra que en las posiciones correspondientes de la espalda y del vientre.

Segunda indicacion. La misma maniobra que en la primera de la espalda, excepto que el movimiento de quicio es menos extenso (Véase la página 188).

Todas las posiciones de la mitad izquierda de la pelvis requieren la misma maniobra.

B. Segunda diagonal.

Relaciones. La cabeza corresponde á la cavidad cotiloidea derecha, y las nalgas á la sinfisis sacro-iliaca izquierda. El lado derecho mira hácia abajo, el izquierdo hácia arriba, la espalda hácia atras y á la derecha, y el vientre hácia adelante y á la izquierda.

Signos que caracterizan la posicion. El tronco tiene la direccion de una línea que partiendo de la cavidad cotiloidea derecha fuese á parar á la sinfisis sacro-iliaca izquierda. Las partes superiores del tronco se encuentran hácia adelante, y las inferiores hácia atras.

Primera indicacion. La misma que en las posiciones correspondientes de la espalda y del vientre.

Segunda indicacion. Cuando los pies del feto estan á la izquierda de la madre, se introduce la mano derecha; se empuja á la derecha, y se recorre todo el lado derecho del feto para ir á buscar los pies.

Se reduce en seguida la posición á la primera de pies, en la cual se termina el parto.

Todas las posiciones de la mitad derecha de la pelvis requieren la misma maniobra.

Si la región lateral derecha se halla situada directamente de adelante á atrás, se introducirá con preferencia la mano derecha, dirigiendo la extremidad abdominal á la izquierda de la madre para terminar en una primera posición de pies.

II. Posiciones de la region lateral izquierda.

Estas posiciones no se diferencian de las de la región lateral derecha, sino por las relaciones del feto con su madre.

La maniobra debe ejecutarse bajo los mismos principios.

§. VI. Del parto en que se presenta y sale primero el brazo de la criatura.

El brazo de la criatura puede salir el primero en las posiciones de la cabeza, de las nalgas, y de las regiones anterior y posterior; pero las mas veces su presencia en las partes de la generación indica la presentación de una de las regiones laterales, y en particular de uno ú otro hombro: así lo que diremos acerca de este género de parto, se aplicará especialmente á esta última presentación.

Nos parece de poco interés en la práctica el conocimiento de las causas que pueden determinar la salida del brazo; pasaremos, pues, adelante para ocuparnos de cosas mucho mas importantes.

Los caracteres que distinguen la mano son demasiado notables para que insistamos sobre las señales que pueden hacer que no se la confunda con el pie.

Una de dos, ó bien el brazo dispuesto á salir se encuentra aún en la entrada del cuello de la matriz, y en este caso se le podrá empujar hácia la cavidad del órgano, ó bien está ya en la vagina, ó fuera de las partes de la generación, y entonces ya no puede introducirse.

En este último caso, lo primero que se debe hacer es cerciorarse del lado á que pertenece la extremidad, y para esto no creemos que sea muy útil atender á la dirección que presenta la mano relativamente á las partes genitales de la

muger, por cuanto esta direccion solo puede dar en la mayor parte de los casos una idea muy inexacta de la posicion del feto. Existe un medio de diagnóstico mucho mas sencillo y siempre seguro: este consiste en aplicar el comadron la palma de una de las manos sobre el dorso de la del feto que ha procurado sacar afuera: de este modo no puede menos de distinguirse al momento la mano derecha de la izquierda.

Mas esto no basta; es necesario tambien asegurarse de que el miembro pertenece al lado del feto; que suponemos se presenta en el orificio de la matriz, porque en rigor seria posible que perteneciese á la region lateral que se encuentra encima. Para averiguarlo es suficiente seguir el miembro hasta su parte superior; entonces es muy fácil distinguir si se articula con el lado que está hácia abajo, ó si cruza el tronco para ir á juntarse con el lado que se halla encima.

Tambien importa cerciorarse de la direccion que tiene el lado que se presenta á la entrada de la pelvis.

Concluidas todas estas investigaciones, ¿cuál deberá ser la conducta del comadron para que se verifique el parto? ¿Tirá fuertemente del brazo como para hacer que salga el feto presentando á la vez la cabeza y las nalgas?; pero fácil es ver que esta maniobra, enteramente contraria á las leyes de la sana práctica, no puede en ningun caso tener buen éxito: ¿procurará hacer que el brazo vuelva á entrar en la matriz poniendo hielo en la mano del feto, pellizcándola, ó bien aplicando al sobaco la famosa muleta de Burton? ¿Hará escarificaciones mas ó menos profundas para disminuir el volumen de las partes? ¿Amputará el miembro como lo ha hecho cierto doctor algunos años ha; ó bien le arrancará como lo ha hecho últimamente un médico de los alrededores de París? No, sin duda, puesto que es bien sabido en el dia que la presencia del brazo en la vagina no es un obstáculo para las diferentes maniobras que exige la posicion del feto: solo, pues, la ignorancia ha podido dar origen á los diversos procedimientos de que acabamos de hablar.

Cuando se presenta primero uno de los miembros torácicos, puede estar acompañado de la cabeza ó de las nalgas del feto; ó bien, y es lo mas frecuente, la criatura situada al

traves presenta una ú otra de sus regiones laterales. En el primer caso, si el parto va bien, no hay nada que hacer por lo régular. Sin embargo, cuando se llama pronto al comadron, podrá éste intentar empujar el brazo hácia la matriz, teniendo cuidado de sostenerle hasta que la parte que presenta el feto se haya introducido en el interior de la pelvis.

Quando por no haberse podido empujar el brazo hácia la matriz llegare su presencia en las partes de la generacion á estorbar el parto, se procurará colocarle en uno de los puntos de la pelvis que ofrezcan mas amplitud, ó bien se recurrirá segun el caso á la version ó á la aplicacion del forceps.

En el segundo caso, es decir, quando la criatura presenta una de sus regiones laterales, es menester desde luego fijar el brazo por medio de un lazo puesto alrededor de la muñeca, y proceder en seguida absolutamente del mismo modo que si el miembro estuviese todavía en la matriz: solo que es necesario á medida que sale el tronco hacer algunas tracciones sobre el brazo, para tenerle siempre aplicado al cuerpo, y extraerle al mismo tiempo que él.

§. VII. Resúmen de las maniobras aplicables á las posiciones de las regiones anterior, posterior y laterales del feto.

Todas las posiciones del tronco, cualquiera que sea la region que se presente en el orificio de la matriz, exigen que se llene una de las dos indicaciones siguientes:

1.º Traer al centro del estrecho superior la extremidad del feto que está mas cerca de aquel.

2.º Recorrer con la mano una de las regiones laterales del tronco para ir á buscar los pies.

Las reglas para satisfacer la primera indicacion son siempre las mismas, cualquiera que sea tambien la region que presenté el feto: así, siempre que la extremidad que se halla mas próxima al estrecho superior está á la izquierda de la madre, es menester traerla al centro de la pelvis con la mano derecha, y *vice-versa*. Hecho esto, se deja el parto al cuidado de la naturaleza, á no ser que sobrevengá algun accidente. Si el feto estuviere situado en posicion directa, se

introducirá una ú otra mano, y se convertirá en primera ó segunda posicion.

Para llenar la *segunda indicacion* hay que servirse de la mano derecha si los pies se dirigen á la izquierda de la madre, y *vice-versa*.

En las posiciones directas se puede hacer uso de una ó de otra mano.

§. VIII. Del parto manual cuando hay dos ó mas criaturas en la matriz.

Que haya dos ó mas criaturas en la matriz, siempre debe hacerse su extraccion segun las reglas indicadas anteriormente.

1.º Si las dos criaturas presentan los pies, se debe con preferencia empezar por aquella cuyos talones están á la izquierda cuando el comadron se sirve de la mano derecha, y *vice-versa*. Y para coger con seguridad los dos pies de la misma criatura, conviene extender los dedos hasta cerca de las caderas.

2.º Si las dos criaturas presentan la cabeza, se da la vuelta desde luego á aquella cuyos pies miran á la izquierda, si se ha introducido la mano derecha, y *vice-versa*. Se empuja la cabeza de la segunda criatura si tiende á introducirse en el estrecho superior.

3.º Si una de las criaturas presenta la cabeza y otra los pies, se empieza por esta última; á no ser, como dice Mr. Capuron, que la cabeza de la primera esté ya profundamente encajada, y exija la aplicacion del forceps.

4.º Si las dos criaturas están situadas transversalmente en el estrecho superior y en la misma direccion, se extrae desde luego aquella cuyos pies se pueden coger mas fácilmente.

5.º Si una tuviere la cabeza á la derecha y otra á la izquierda, se empezará con preferencia por aquella cuyos pies estén á la izquierda de la pelvis, si se hubiere introducido la mano derecha, y *vice-versa*.

SEGUNDA PARTE.

De los partos que requieren el uso de los instrumentos romos.

No siempre basta la mano sola para terminar los partos

preternaturales; y nos vemos precisados con muchísima frecuencia á recurrir al uso de los instrumentos romos.

Los que mas comunmente se emplean en el dia son: el forceps y los ganchos.

ARTÍCULO PRIMERO.

Del forceps.

A. El forceps es una especie de pinza de que nos servimos para coger la cabeza del feto y sacarla fuera.

Es poco conocido el origen del forceps; sin embargo, algunos comadrones atribuyen su invencion á Chamberlayne en Inglaterra, y otros á Palfin en Francia.

El forceps ha sufrido desde que se inventó muchas modificaciones; pero nos limitaremos á describirle tal cual es en el dia, y tal como nosotros le preferimos.

El forceps se compone de dos ramas reunidas entre sí por medio de una articulacion.

En cada una de estas ramas hay que considerar tres partes, á saber: las dos extremidades y la parte media.

La extremidad que está destinada para coger la cabeza, y que se llama *cuchara*, presenta dos corvaduras, la una en su borde, y la otra en su plano. Estas dos corvaduras están de tal modo dispuestas, que se acomodan al mismo tiempo á la forma de la pelvis y á la de la cabeza de la criatura. Tiene una abertura en toda la longitud de su fondo, y está formada por dos pequeñas ramas secundarias, que se llaman gemelas, la una anterior y la otra posterior.

La otra extremidad forma lo que se llama el mango, y termina en un gancho romo, que contiene en un lado un perfora-cráneo, y en el otro un gancho punti-agudo.

La parte media sirve para la articulacion del instrumento; una de las ramas presenta un eje movable, y la otra una abertura prolongada, que se llama mortaja, y está destinada á recibir el eje, que por la direccion transversal que se le da despues sirve para fijar las dos ramas una contra otra.

Llamaremos á este eje *rama izquierda*, porque está hecha para el lado izquierdo de la pelvis, y á la de la mortaja *rama derecha*, porque no puede girar sino al lado derecho.

B. Aquí será del caso dar á conocer las modificaciones que yo he introducido en la composicion del instrumento.

1.º La demasiada longitud que presentan las cucharas de la mayor parte de los forceps es no solamente inútil sino tambien peligrosa, sobre todo cuando es necesario aplicar el instrumento estando el tronco fuera. Efectivamente, como entonces está la matriz inmediatamente aplicada á la cabeza de la criatura, toda la porcion de las cucharas que pasa mas allá de lo que ésta es de grande no puede menos de contundirla ó lacerarla.

Las modificaciones que yo he dado á esta parte del instrumento prevendrán seguramente estas lesiones, al mismo tiempo que proporcionarán coger la criatura de un modo mas conveniente.

He hecho cortar toda la porcion excedente de las cucharas, dándolas mas anchura y mas fuerza á fin de que agarren la cabeza por una superficie mas ancha, y se separen menos cuando se hacen los esfuerzos de tracción. Tambien he juzgado conveniente aumentar un poco su curvadura sobre el plano para que sea mas inmediata su aplicacion sobre la cabeza.

2.º Todos los comadronés han podido convencerse que la forma antigua del mango del forceps hacia difícil é incómodo su manejo, sobre todo cuando era necesario mudar la direccion de las cucharas, como acontece en las posiciones diagonales. Con efecto, el poco volúmen, la redondez, y sobre todo el pulimento de cada una de las ramas, hacian que fuese casi imposible dirigir las cucharas segun las indicaciones.

Pues bien, la nueva forma que yo he dado á esta parte del instrumento, y especialmente la disposicion de las superficies con las cuales se halla la mano en contacto, permitirán manejar y aplicar en adelante cada rama con tanta facilidad como seguridad (1).

3.º Los ganchos romos que terminan las ramas, y que están destinados, á saber: el de la asa á la corva y al sobaco, y el del ángulo recto al pliegue de la ingle, pueden aplicarse

(1) Cada rama tiene cerca de una pulgada de largo en su parte media, y cada una de sus caras está dispuesta á manera de una lima.

con mas facilidad que antes; siendo ahora su forma más acabadada y conveniente que lo ha sido jamás.

4.º La puncion que hay necesidad de hacer algunas veces, ya en la cabeza, ya en el pecho, ó ya en el vientre cuando hay hidropesia en estas cavidades, no es absolutamente mortal, pues que se citan algunos casos en que se ha hecho con buen éxito; por lo mismo me ha parecido que convenia modificar aquella especie de lanza de hierro que contiene la rama derecha; he hecho fabricar con la máyor exactitud una especie de punzon, que tiene muchas muescas alrededor, destinadas á favorecer el derrame de las aguas hácia fuera.

El forceps así modificado me parece que presenta todas las ventajas que se pueden desear, y la preferéncia que le dan en el dia la mayor parte de los comadrones me confirma en mi opinion (1).

C. La cabeza del feto es la única parte á que debe aplicarse el forceps. Smellie creía que tambien se podia hacer uso de él en las presentaciones de las nalgas; pero no tiene razon.

El forceps puede aplicarse á la cabeza, lo mismo cuando es la primera que cuando es la última que se presenta. Para estar bien aplicado debe coger la cabeza por sus regiones laterales y en la direccion de su diámetro occipito-mental.

Tambien puede aplicarse en el estrecho superior y en el estrecho inferior de la pelvis.

Las causas que hacen su aplicacion indispensables son, un volúmen demasiado considerable de la cabeza, un poco de estrechez por parte de la madre, y ciertos accidentes que obligan á terminar el parto con prontitud, como la hemorragia, las convulsiones, &c.

Cuando la cabeza está todavía en el estrecho superior se puede escoger entre dar la vuelta, ó valerse del forceps; pero esto último es siempre mucho mas preferible.

Una vez que la cabeza está ya en la excavacion, es absolutamente necesario recurrir al forceps.

(1) Merece los mayores elogios Mr. Charriere, uno de nuestros mas hábiles artistas de instrumentos quirúrgicos, por el sumo cuidado que pone cada dia en la construcción de este instrumento.

Reglas generales para la aplicacion del forceps.

1.^a Siempre que la cabeza del feto esté situada en una posicion directa (1), se debe introducir primeramente la rama que tiene el eje con la mano izquierda, y en seguida la que presenta la hendidura con la mano derecha.

2.^a Cuando la cabeza está situada diagonalmente, se atenderá á la extremidad de su diámetro antero-posterior que se encuentra hácia adelante. Así cuando el occipucio ó la frente se halla detrás de la cavidad cotiloidea izquierda, se introduce primeramente la rama derecha con la mano derecha, y en seguida la rama izquierda tambien con la misma mano, porque en todas las diagonales hay una ventaja en introducir las dos ramas con la misma mano.

Por el contrario, cuando el occipucio ó la frente corresponde á la cavidad cotiloidea derecha, se introduce primero la rama izquierda con la mano izquierda; y despues la rama derecha tambien con la misma mano.

Si la cabeza estuviere situada transversalmente, se procederá como si el occipucio correspondiese á la cavidad cotiloidea á que se halla mas próximo.

3.^a Las cucharas del forceps deben siempre dirigirse de modo que la corvadura del plano corresponda por su convexidad á las paredes de la pelvis y por su concavidad á la cabeza del feto.

4.^a La nueva corvadura (*la que presenta el borde de las cucharas*) debe corresponder por su concavidad al pubis, y por su convexidad al sacro.

5.^a Una de las manos del comadron debe servir siempre de guía á la rama que se introduce, y conviene por otra parte que esta mano esté colocada, á saber: entre la matriz y la cabeza, cuando ésta está todavía en el interior del órgano, y entre la vagina y la cabeza cuando ha atravesado el cuello uterino. De este modo se evita con seguridad herir las partes de la muger.

6.^a Para volver con facilidad la cabeza del feto y no las-

(1) Llamamos posiciones directas á aquellas en que el diámetro occipito-frontal está situado en la direccion del diámetro antero-posterior de la pelvis.

timarla, es necesario tener cuidado de inclinar al principio fuertemente el mango de la rama hácia la ingle izquierda si se introduce la rama derecha, y *vice versa*.

7.^a Cada rama del forceps debe tomarse, no como una pluma de escribir, porque así estaria poco asegurada, sino con toda la mano, extendiendo el pulgar sobre el lado externo de la articulacion.

8.^a El forceps debe calentarse en invierno, y siempre debe estar untado con un cuerpo graso que facilite su introduccion.

9.^a La parturiente debe colocarse del mismo modo que para el parto manual.

10. Para introducir las ramas debe colocarse el comadron entre los muslos de la parturiente: al principio dirige la cuchara un poco hácia la parte posterior de la cabeza, y despues la coloca sobre la region lateral por medio de la mano introducida con anticipacion en las partes genitales.

11. Aplicado ya el instrumento, se coloca el comadron á la derecha ó á la izquierda del mango en las posiciones directas, y constantemente detrás de él (1) en las posiciones diagonales.

12. Las manos deben estar diferentemente colocadas en el estrecho inferior que en el superior.

En el estrecho inferior la mano que tiene el mango debe ponerse debajo, y la que tiene las cucharas encima.

En el estrecho superior debe hacerse lo contrario, y ademas es necesario que el comadron introduzca el índice de la mano que se encuentra cerca de las partes genitales hasta tocar la cabeza, para ver si la criatura sigue los movimientos que pretende imprimirla con el instrumento.

§. I. De las presentaciones del vértice de la cabeza.

I. Posiciones del vértice de la cabeza en el estrecho inferior.

Para indicar con precision cómo debe aplicarse el forceps en todos los casos posibles, nos vemos obligados á admitir por

(1) La parte posterior del instrumento es la cara opuesta á aquella en que se halla el eje.

lo menos seis posiciones, á saber: dos directas, y cuatro diagonales.

A. Primera directa del estrecho inferior.

Relaciones. El occipucio corresponde al pubis, y la frente á la corvadura del sacro.

Maniobra. Toma el comadron la rama izquierda con la mano del mismo lado, inclina su mango hácia la ingle derecha de la muger, y hace correr en seguida la cuchara por la mano derecha, colocada de antemano en las partes, la cual la dirige hácia el lado de la cabeza que corresponde á la izquierda de la pelvis.

Para estar bien colocada esta rama debe estar paralela al eje del estrecho inferior, y corresponder su espiga ó eje al centro de la vulva.

Un ayudante se encarga de sostener esta primera rama, guardándose bien de variar su direccion.

En seguida coge el comadron la rama derecha con la mano del mismo nombre, inclina su mango hácia la ingle izquierda de la muger, y la hace deslizar sobre el lado de la cabeza que corresponde á la derecha de la pelvis, dirigiéndola con la mano izquierda introducida de antemano en la vagina.

Hecho esto, articula el instrumento, y se pone despues á su derecha ó á su izquierda.

Cogiendo entonces el forceps como se ha dicho en la página 202 comunica á la cabeza movimientos laterales, bajando el instrumento para desprender el occipucio de debajo del pubis, y despues levantándole para hacerle seguir la direccion del eje del estrecho inferior.

Es necesario tener cuidado de empujar de cuando en cuando la cabeza hácia la pelvis, para que no se dilaten muy de repente las partes.

Cuando el perineo está fuertemente distendido, se le sostiene con la mano que se encuentra cerca de las partes, mientras que con la otra se da vuelta al forceps sobre el vientre de la madre.

Extraida ya la cabeza, se retira el instrumento separando ligeramente sus ramas.

Si estando ya fuera la cabeza no se desprendiere el tron-

co naturalmente, se agarrará la criatura por los dos hombros, y se la extraerá haciéndola seguir el eje del estrecho inferior.

En los casos en que no son suficientes los dedos, se recurrirá á la aplicacion de un gancho al sobaco.

B. Segunda directa del estrecho inferior.

Relaciones. El occipucio corresponde á la corvadura del sacro, y la frente á la sínfisis de los pubis.

Maniobra. La misma absolutamente que en la posicion anterior, solo que el mango del instrumento debe tenerse menos levantado, para que las cucharas se encuentren colocadas en la direccion del diámetro occipito-mental.

La extraccion de la cabeza se efectúa tambien siguiendo las mismas reglas, solamente que estando la cara hácia arriba, es necesario despues de haber hecho salir el occipucio dando á la cabeza movimientos laterales y levantándola, pasar por encima la mano que tiene el mango del forceps, y bajar el instrumento, para desprender convenientemente la cara de debajo de los pubis.

C. Primera diagonal del estrecho inferior.

Relaciones. El occipucio corresponde á la cavidad cotiloidea izquierda, y la frente á la sínfisis sacro-iliaca derecha.

Maniobra. Como el occipucio corresponde á la cavidad cotiloidea izquierda, el comadron coge la rama derecha del forceps con la mano derecha, y despues de haber inclinado el mango hácia la ingle izquierda, la hace deslizar con el auxilio de la mano izquierda introducida en las partes, por el lado de la cabeza, que se encuentra dirigida hácia adelante y á la derecha. El dedo pulgar debe colocarse debajo de la gemela posterior, luego que empieza á penetrar la rama. Confiada esta primera rama á un ayudante, que debe tenerla agarrada con firmeza, la llevará el comadron hácia atrás, sin sacar la mano izquierda de la vagina. Cogiendo en seguida la rama izquierda con la mano derecha, la hace deslizar por debajo de la rama introducida primeramente, y la conduce con el auxilio de la otra mano por el lado de la cabeza que mira hácia atrás y á la izquierda.

Colocadas ya las dos ramas, saca el comadron la mano de

las partes, articula el instrumento, y se pone detrás de él. Tomando entonces el forceps segun las reglas establecidas, imprime en la cabeza su movimiento de rotacion, y una vez traído el occipucio debajo del pubis, se conduce absolutamente del mismo modo que en la primera directa.

D. Segunda diagonal del estrecho inferior.

Relaciones. El occipucio está en la cavidad cotiloidea derecha, y la frente en la sinfisis sacro-iliaca izquierda.

Maniobra. Correspondiendo el occipucio á la cavidad cotiloidea derecha, coge el comadron la rama izquierda con la mano del mismo nombre, y despues de haber inclinado el mango hácia la ingle derecha, la hace deslizar, con el auxilio de la mano derecha colocada en las partes, por el lado de la cabeza que mira hácia adelante y á la izquierda, teniendo cuidado de poner el dedo pulgar debajo de la gemela posterior luego que la rama empieza á penetrar. Sostenida esta primera rama por un ayudante, la vuelve á llevar el comadron hácia atras, sin sacar la mano derecha de la vagina; en seguida, cogiendo la rama derecha con la mano izquierda la hace deslizar por encima de la que ha colocado primero, y la conduce, valiéndose de la mano que tiene en las partes, por el lado de la cabeza que se dirige hácia atras y á la derecha.

Aplicadas ya las dos ramas, saca el comadron su mano de las partes, articula el instrumento, y se pone detras de él. Comunica en seguida á la cabeza su movimiento de rotacion, y sigue maniobrando como en la primera directa.

E. Tercera diagonal del estrecho inferior.

Relaciones. El occipucio corresponde á la sinfisis sacro-iliaca derecha, y la frente á la cavidad cotiloidea izquierda.

Maniobra. Como la frente corresponde á la cavidad cotiloidea izquierda, debe hacerse la aplicacion del forceps, siguiendo las mismas reglas que en la primera diagonal; solo que estando la cara hácia arriba, debe tenerse el mango del instrumento menos levantado, para que pueda agarrarse la cabeza segun su longitud.

Aplicado ya el instrumento, se pondrá el comadron detras

de él, comunicará á la cabeza un movimiento de rotacion, y despues de haber situado así el occipucio en la concavidad del sacro, y la cara debajo del arco de los pubis, terminará la maniobra como en la segunda posicion directa.

F. Cuarta diagonal del estrecho inferior.

Relaciones. El occipucio mira á la sinfisis sacro-iliaca izquierda, y la frente á la cavidad cotiloidea derecha.

Maniobra. Correspondiendo la frente á la cavidad cotiloidea derecha, deberá hacerse la aplicacion del forceps siguiendo las mismas reglas que en la segunda posicion diagonal; solo que habrá que tener menos levantado el mango del instrumento. Puesto el comadron detras del forceps, dará á la cabeza su movimiento de rotacion, y terminará en seguida la maniobra como en la segunda posicion directa.

Si el occipucio correspondiere directamente á la izquierda de la pelvis, se hará lo mismo que en la primera diagonal; y si correspondiere directamente á la derecha, se procederá como en la segunda.

II. Posiciones del vértice de la cabeza en el estrecho superior.

La cabeza puede presentar en el estrecho superior las mismas posiciones que en el inferior.

Las relaciones del feto son las mismas, con la sola diferencia de que la cabeza está menos adelantada en la direccion del eje del estrecho superior. Por consiguiente, la aplicacion del forceps debe hacerse absolutamente del mismo modo; solo que la mano del comadron y las ramas del forceps deben penetrar hasta dentro de la matriz.

A. Primera directa del estrecho superior.

Una vez aplicado el forceps, le coge el comadron del modo que se ha dicho hablando del estrecho superior, y segun que se pone á la izquierda ó á la derecha reduce la posicion á primera ó segunda diagonal del estrecho superior; para conseguirlo es útil muchas veces empujar un poco por encima del mismo estrecho. Colocada la cabeza en diagonal, se la trae á la excavacion, haciéndola seguir el eje del estre-

cho superior, é inclinando el mango del instrumento al lado del muslo correspondiente, y entonces queda reducida la posicion á una diagonal del estrecho inferior. Se colocan las manos como en este estrecho, se comunica á la cabeza su movimiento de rotacion, y se termina la maniobra como en la primera posicion directa del estrecho inferior.

B. Segunda directa del estrecho superior.

Una vez aplicado el instrumento, se coloca el comadron á su izquierda ó á su derecha; empuja un poco la cabeza por encima del estrecho superior, y convierte la posicion en tercera ó en cuarta diagonal. En seguida trae la cabeza á la excavacion, y termina la maniobra como en el estrecho inferior.

C. Posiciones diagonales del estrecho superior.

No se diferencian de las del estrecho inferior en cuanto á la maniobra sino en que es preciso desde luego sacar la cabeza á la excavacion de la pelvis.

Si la cabeza estuviere situada transversalmente, se procederá como se ha dicho respecto al estrecho inferior.

§. II. Del encaje ó enclavadura.

Muy distantes están los autores de convenir en el sentido que debe darse á la palabra encaje ó enclavadura: segun unos basta que la cabeza se halle detenida, cualquiera que sea la causa, en la pelvis, para que haya enclavadura; segun otros es necesario que el obstáculo no pueda vencerse de modo alguno por los esfuerzos de la matriz, pudiendo sin embargo ser empujada la cabeza por encima de él; finalmente, segun otros debe hallarse la cabeza fija de tal suerte que no pueda adelantar ni retroceder. Yo por mi creo que solo en este último caso está verdaderamente enclavada la cabeza, porque de otro modo se podria decir que habia encaje siempre que la cabeza fuese demasiado voluminosa para salir en la direccion de los tres ejes de la pelvis.

El encaje tiene siempre por causa la estrechez de la pelvis de la madre, ó el volumen demasiado considerable del feto. Es necesario ademas, para que la cabeza se encaje, que

sea empujada por energicas contracciones uterinas.

El encaje puede verificarse en el estrecho superior, en la excavacion, y aún en el estrecho inferior.

La cabeza puede estar enclavada en la direccion de su longitud y de su espesor.

Las señales que se han dado como suficientes para caracterizar el encaje, se han sacado por la mayor parte del estado en que se hallan las partes de la madre y las de la criatura; pero nada tienen de ciertas por cuanto se pueden encontrar en otros casos. Solo una señal puede caracterizar el encaje, y es la inmovilidad de la cabeza, á pesar de las contracciones uterinas y de los esfuerzos del comadron.

El encaje es un accidente grave que puede comprometer á un tiempo la vida de la madre, y la de la criatura.

La compresion tan fuerte y continuada por mucho tiempo, que sufren los órganos de la muger, es seguida frecuentemente de inflamacion y de gangrena, las cuales dan origen á fístulas, que establecen una comunicacion preternatural entre los receptáculos que contiene la pelvis, y hacen de las mugeres un objeto repugnante y lastimoso.

Por otra parte, la presion que sufre la cabeza del feto puede tambien producir desórdenes mas ó menos graves en el cuero cabelludo y en los huesos; pero lo que debe principalmente dar cuidado es la compresion é ingurgitacion de la pulpa cerebral.

Es necesario, pues, en semejantes casos extraer la criatura á toda prisa, tanto mas cuanto que no puede haber ningun inconveniente en obrar con prontitud, con tal que no se descuide ninguna de las precauciones indicadas por el arte.

Mas ¿qué medio adoptará el comadron para terminar el parto? No deberá dar vuelta al feto, puesto que se halla encajada la cabeza, y es imposible hacerla retroceder. Será, pues, de absoluta necesidad, si está viva la criatura, que se valga del forceps, ó practique la sinfisiotomia, y en caso de estar muerta, que recurra á la embriotomia: hablaremos aqui solamente de lo que tiene relacion con el forceps.

A. Del encaje de la cabeza segun su longitud.

En esta especie de encaje el occipucio corresponde direc-

tamente al pubis, y la cara al sacro; ó bien el occipucio al sacro, y la cara al pubis.

Maniobra. En ambos casos debe aplicarse el forceps segun las reglas establecidas para las posiciones directas.

Colocado ya el instrumento, se hacen con él fuertes tracciones, y se procura extraer la cabeza en la posicion que presenta. Puede muy bien suceder que los esfuerzos del comadron auxiliados por los de la matriz, lleguen á superar el obstáculo de la cabeza, y en el caso contrario se verá obligado el comadron á proceder á una operacion mas seria, y deberá con preferencia practicar la embriotomia, cerciorado de la muerte de la criatura.

B. Del encaje de la cabeza segun su espesor.

Así en este caso como en el anterior puede estar enclavada la cabeza del feto en dos diferentes posiciones.

En la primera el occipucio mira directamente al lado izquierdo de la pelvis, y en la segunda se dirige hácia el derecho. La cara mira al punto diametralmente opuesto.

Maniobra. Bien convencido Mr. Capuron de que siempre se puede hacer que la cabeza varíe de lugar, reprueba la aplicacion del forceps sobre la cara, y aconseja en todos los casos que se empuje la cabeza para aplicar despues las ramas sobre las regiones laterales; pues cree que el instrumento aumenta muy poco el espesor de la cabeza, que por otra parte experimenta segun él, una reduccion suficiente para que se la pueda traer á la excavacion de la pelvis.

Pero yo estoy lejos de adoptar la opinion de Mr. Capuron. Desde luego niego la posibilidad del empuje, porque si fuera posible, ya no habria encaje; y si la cabeza no pudiese empujarse por encima del estrecho superior, es bien claro que el forceps no podria aplicarse sobre sus partes laterales. Pero todavia voy mas adelante, y sostengo que, aunque fuese posible hacer variar de lugar á la cabeza, no seria todavia este el caso de añadir á su espesor, ya bastante considerable, el de las ramas del forceps; porque entonces ha cedido la cabeza todo lo posible, y ya no se puede contar con una reduccion mas considerable.

Lo mejor es, pues, colocar, como lo aconseja Baudeloc-

que, una de las ramas sobre la cara, y la otra sobre el occipucio, siguiendo por otra parte en cuanto á su aplicacion las mismas reglas que respecto á las posiciones directas.

Se traerá en seguida la cabeza á la excavacion de la pelvis, siguiendo el eje del estrecho superior, y se la comunicará su movimiento de rotacion sin variar la posicion del forceps. De esta manera se evitan á las mugeres muchos dolores, se termina mas pronto el parto, y todo sucede tan bien como si se hubiesen sacado las ramas de las partes de la muger para aplicarlas sobre las regiones laterales. Si el comadron está cierto de que ha muerto la criatura, deberá recurrir en seguida á la embriotomia.

§. III. De las presentaciones de la cara.

La cara puede presentar en el estrecho superior y en el estrecho inferior de la pelvis las mismas posiciones que el vértice de la cabeza.

I. Posiciones del estrecho inferior,

A. Primera directa del estrecho inferior.

Relaciones. La frente se halla detras de la sinfisis de los pubis, y la barba en la corvadura del sacro; la cara mira hácia abajo.

Maniobra. Se introducen las ramas del forceps como se ha dicho respecto de las posiciones directas: solo que la cabeza no puede agarrarse sino por su diámetro occipito-frontal.

Aplicado ya el instrumento, se esfuerza el comadron por bajar el occipucio, al mismo tiempo que con la mano izquierda empuja la cara hácia el interior de la pelvis. Endeerezada la cabeza, se termina como en la primera directa del vértice.

B. Segunda directa del estrecho inferior.

Relaciones. La frente mira á la corvadura del sacro, y la barba á la sinfisis de los pubis; la cara mira directamente hácia abajo.

Maniobra. Se coloca el forceps como en la posicion anterior, procurando tener el mango bastante elevado: despues

se baja la barba para sacarla por debajo de los pubis, y se vuelve el instrumento sobre el vientre de la madre para hacer que salga el occipucio.

C. Primera diagonal del estrecho inferior.

Relaciones. La frente está colocada detrás de la cavidad cotiloidea izquierda, y la barba delante de la sínfisis sacro-iliaca derecha; la cara mira directamente hácia abajo.

Maniobra. Se aplica el forceps como en la primera diagonal del vértice, despues se da á la cabeza su movimiento de rotacion para terminar como en la primera directa.

D. Segunda diagonal del estrecho inferior.

Relaciones. La frente está detrás de la cavidad cotiloidea derecha, y la barba delante de la sínfisis sacro-iliaca izquierda; la cara mira directamente hácia abajo.

Maniobra. Se aplica el forceps como en la segunda diagonal del vértice, despues se da á la cabeza su movimiento de rotacion para terminar como en la primera directa.

E. Tercera diagonal del estrecho inferior.

Relaciones. La frente mira á la sínfisis sacro-iliaca derecha, y la barba á la cavidad cotiloidea izquierda; la cara mira directamente hácia abajo.

Maniobra. Se aplica el forceps como en la primera diagonal, procurando tener el mango muy elevado hácia el lado de la ingle izquierda; despues se da á la cabeza su movimiento de rotacion para terminar como en la segunda directa.

F. Cuarta diagonal del estrecho inferior.

Relaciones. La frente se halla situada delante de la sínfisis sacro-iliaca izquierda, y la barba detrás de la cavidad cotiloidea derecha, la cara mira directamente hácia abajo.

Maniobra. Se aplica el forceps como en la segunda diagonal, procurando tener el mango muy elevado hácia la ingle derecha; despues se da á la cabeza su movimiento de rotacion para terminar como la segunda directa.

Si la frente mira directamente á la izquierda, hay que conducirse como en la primera diagonal, y *vice-versa*.

II. Posiciones del estrecho superior.

En estas posiciones se puede elegir entre volver la cabeza, ó aplicar el forceps: la version debe hacerse como en las posiciones del vértice; veamos ahora cómo conviene proceder á la aplicacion del forceps.

A. Primera directa del estrecho superior.

Relaciones. Son las mismas que en la posicion correspondiente del estrecho inferior, excepto que la cabeza se halla menos introducida.

Maniobra. Se aplica el forceps como en las directas; despues se levanta la cabeza para colocarla en primera ó en segunda diagonal, segun que el comadron se ha puesto á la izquierda ó á la derecha del mango del instrumento; se endereza en seguida la cabeza tirando del occipucio con el forceps, mientras que con una mano, introducida por debajo del instrumento, se empuja la cara de abajo á arriba.

Enderezada la cabeza, se conduce el comadron como en la posicion correspondiente del vértice.

B. Segunda directa del estrecho superior.

Relaciones. Las mismas que en el estrecho inferior, solo que la cabeza está menos introducida.

Maniobra. Despues de haber aplicado el forceps como anteriormente, se levanta la cabeza y se la coloca en tercera ó en cuarta diagonal, segun que el comadron se ha puesto á la izquierda ó á la derecha del mango del instrumento; despues se empuja la cara de abajo á arriba con una mano deslizada por encima del instrumento.

Una vez enderezada la cabeza, se conduce el comadron como en la posicion correspondiente del vértice.

C. Primera diagonal del estrecho superior.

Relaciones. Las mismas que en el estrecho inferior.

Maniobra. Se aplica el forceps como en el estrecho inferior, y se empuja la cabeza para enderezarla, haciendo lo mismo que en la primera directa; despues se termina como en la primera diagonal del vértice.

D. Segunda diagonal del estrecho superior.

Relaciones. Las mismas que en el estrecho inferior.

Maniobra. Se aplica el forceps de la misma manera que en el estrecho inferior, y se empuja la cabeza para enderezarla; despues se termina como en la segunda diagonal del vértice.

E. Tercera diagonal del estrecho superior.

Relaciones. Las mismas que en el estrecho inferior.

Maniobra. Se aplica el forceps siguiendo las mismas reglas que en el estrecho inferior; despues se empuja la cabeza para enderezarla con la mano izquierda deslizada por encima del forceps. Se termina despues como en la tercera diagonal del vértice.

F. Cuarta diagonal del estrecho superior.

Relaciones. Las mismas que en el estrecho inferior.

Maniobra. Se aplica el forceps como en el estrecho inferior; despues se empuja la cabeza para enderezarla, deslizando la mano derecha por encima del forceps. En seguida se termina como en la posicion correspondiente del vértice.

Si la frente mira directamente á la izquierda, hay que conducirse como en la primera diagonal, y *vice-versa*.

§. IV. De las presentaciones de la cabeza estando el tronco fuera.

Cuando el feto se presenta por su extremidad abdominal, sucede algunas veces que la cabeza se detiene en un punto de la pelvis, y que es indispensable la aplicacion del forceps.

La cabeza puede presentar en este caso las mismas posiciones que por su vértice.

I. Posiciones del estrecho inferior.

A. Primera directa del estrecho inferior.

Relaciones. El occipucio está detrás de la sínfisis de los pubis, y la cara en la concavidad del sacro.

Maniobra. Encargándose un ayudante de sostener el feto con ambas manos, el comadron introduce las ramas del for-

ceps por debajo del tronco para agarrar la cabeza en la direccion de su longitud, da á esta en seguida los movimientos laterales, y termina su extraccion volviendo el mango del forceps sobre el vientre de la madre. En este último tiempo del parto debe sostener el perineo con firmeza.

B. Segunda directa.

Relaciones. El occipucio está en la cavidad del sacro, y la frente debajo del arco de los pubis.

Maniobra. Estando sostenido el feto por un ayudante, se introducen las ramas como en la primera directa; despues sosteniendo fuertemente el perineo, se baja el mango del forceps para desprender la cara de debajo de los pubis.

C. Primera diagonal.

Relaciones. El occipucio corresponde á la cavidad cotiloidea izquierda, y la frente á la sinfisis sacro-iliaca derecha.

Maniobra. Se aplican las ramas del forceps por debajo del feto, que un ayudante mantiene levantado, se sitúa en seguida la cabeza en primera directa, y se termina como en esta posicion.

D. Segunda diagonal.

Relaciones. El occipucio mira á la cavidad cotiloidea derecha, y la frente á la sinfisis sacro-iliaca izquierda.

Maniobra. Se introducen las ramas, como en la posicion anterior, por debajo del feto, se sitúa la cabeza en primera directa, y se termina la maniobra como en esta posicion.

E. Tercera diagonal.

Relaciones. El occipucio mira á la sinfisis sacro-iliaca derecha, y la frente á la cavidad cotiloidea izquierda.

Maniobra. Se introducen las ramas como en la primera diagonal, y se da á la cabeza un movimiento de rotacion que sitúa la cara debajo del pubis, y el occipucio en la corvadura del sacro, terminando despues la maniobra como en la segunda directa.

F. Cuarta diagonal.

Relaciones. El occipucio mira á la sinfisis sacro-iliaca izquierda, y la frente á la cavidad cotiloidea derecha.

Maniobra. Se aplica el forceps como en la segunda diagonal, y despues de haber dado á la cabeza su movimiento de rotacion, se termina como en la segunda directa.

Si el occipucio corresponde directamente á la izquierda de la pelvis, hay que obrar como en la primera diagonal, y *vice-versa*.

II. Posiciones del estrecho superior.

Aqui se aplica el forceps siguiendo las mismas reglas que en el estrecho inferior.

Aplicado ya el forceps, se procede de la manera siguiente:

1.º En las posiciones directas se empuja la cabeza mas arriba del estrecho superior, despues se convierte la posicion en diagonal, á fin de poner el mayor diámetro de la cabeza del feto en relación con el mayor diámetro de la pelvis, y en seguida se introduce la cabeza en la excavacion para terminar el parto como se ha dicho al hablar de las posiciones del estrecho inferior.

2.º En las diagonales no hay necesidad de empujar la cabeza mas arriba del estrecho superior, pues se la trae de seguida á la excavacion, y se termina la operacion como acabamos de decir respecto de las posiciones directas.

Si el occipucio correspondiere directamente al lado izquierdo de la pelvis, se procederá como en la primera posicion diagonal, y *vice-versa*.

§. V. Resúmen concerniente á la aplicacion del forceps.

De cualquiera manera que se presente la cabeza del feto, bien sea por el vértice, por la cara ó por su base, ora se halle detenida en el estrecho superior, ora lo esté en el inferior de la pelvis, siempre se hace la aplicacion del forceps guardando las mismas reglas.

Para que esté bien aplicado debe, en cuanto sea posible, agarrar la cabeza por sus partes laterales, y en la direccion de su longitud, para que salgan primero el occipucio ó la barba.

I. *Posiciones del estrecho inferior.*

Posiciones directas. En todas las posiciones directas del estrecho inferior, cualquiera que sea la parte que presente la cabeza, se coloca primero la rama izquierda con la mano izquierda, y despues la rama derecha con la mano derecha. Se articula en seguida el instrumento, cuyo eje debe corresponder al centro de la vulva, y el comadron se coloca indistintamente á su derecha ó á su izquierda.

Cogiendo en seguida el forceps con las dos manos, puesta la una debajo del mango, y la otra encima de las cucharas cerca de las partes genitales, da á la cabeza movimientos laterales, y la desprende volviendó el instrumento sobre el vientre de la madre, cuando la cara está hácia abajo, y bajándole mucho si está hácia arriba.

La mano que se encuentra cerca de las partes genitales debe ponerse delante del perineo cuando la cabeza está próxima á salir.

Posiciones diagonales. En todas las posiciones diagonales del estrecho inferior, cualquiera que sea la parte que presente la cabeza, se toman por guia para la aplicacion del forceps las relaciones del occipucio ó de la frente con las cavidades cotiloideas.

Siempre que el occipucio ó la frente corresponda á la cavidad cotiloidea izquierda, se introducen las dos ramas con la mano derecha, empezando por la derecha.

Al contrario, siempre que el occipucio ó la frente corresponda á la cavidad cotiloidea derecha, se introducen las dos ramas con la mano izquierda, empezando por la izquierda.

El comadron articula el instrumento, y se sitúa constantemente detrás de él. Cogiendo entonces el forceps con las dos manos, puestas la una debajo del mango y la otra encima de las cucharas cerca de las partes genitales, da á la cabeza su movimiento de rotacion, y termina despues el parto como en la primera ó segunda posicion directa, segun que se halle el occipucio ó la frente debajo del arco de los pubis.

Si el occipucio corresponde directamente al lado izquierdo ó derecho de la pelvis, se procederá como en la primera ó segunda posicion diagonal.

II. Posiciones del estrecho superior.

Posiciones directas. En todas las posiciones directas del estrecho superior, cualquiera que sea la parte de la cabeza que se presente, se aplica el forceps como en el estrecho inferior; solo que las ramas y la mano que las conduce deben introducirse mas profundamente.

Aplicado el instrumento, le coge el comadron con las dos manos, puestas la una encima del mango, y la otra debajo de las cucharas, alargando el dedo índice hasta que llegue á la cabeza. Empuja esta última dándola pequeños movimientos laterales, y la coloca en posicion diagonal del estrecho superior: hecho esto, la trae al estrecho inferior, inclinando el mango del forceps hácia el muslo correspondiente, y procede en seguida como en las posiciones de este estrecho.

Posiciones diagonales. En todas las diagonales del estrecho superior, cualquiera que sea la parte que presente la cabeza, se aplica el forceps del mismo modo que en el estrecho inferior.

Articulado el instrumento, se sitúa el comadron detrás de él, y le coge con las dos manos, puestas la una encima del mango, y la otra debajo de las cucharas, alargando el dedo índice en el interior de las partes; coloca la cabeza en posicion diagonal del estrecho inferior, y termina despues el parto como en las posiciones del mismo.

Si el occipucio correspondiere directamente al lado izquierdo ó derecho de la pelvis, procederá el comadron como en la primera ó segunda diagonal.

ARTÍCULO II.

De la palanca.

Como este instrumento es de una aplicacion difícil, poco segura y aun peligrosa, nos contentaremos con decir aquí que es prudente renunciar á su uso, tanto mas cuanto puede ser siempre ventajosamente reemplazado por el forceps.

ARTÍCULO III.

De los ganchos romos.

No todos los ganchos romos de que se hace uso para efectuar la extracción del feto tienen la misma forma: unos representan una especie de asa mas ó menos abierta, otros forman con la rama principal del instrumento un ángulo que varía en cuanto á la extensión.

El mango de estos ganchos está por lo comun guarnecido de un puño de madera; pero los que terminan el forceps pueden suplir con ventaja en cualquier caso.

Uso. El gancho encorvado en forma de asa sirve para aplicarse á los sobacos cuando los hombros se hallan detenidos en la pelvis, y no bastan los dedos para extraerlos. También puede servir para la extracción de las rodillas en el estrecho inferior.

El gancho encorvado que forma un ángulo recto con la rama, está exclusivamente destinado para la ingle en las posiciones de las nalgas en el estrecho inferior. Este gancho tiene la ventaja de apoyarse sobre todo el ancho del muslo, y de no tender á penetrar en los tejidos, como lo hará el gancho de asa si no es bastante ancho para abrazar todo el espesor del miembro.

Introducción. No hay reglas bien exactas para la introducción de los ganchos romos; solo si es necesario, antes de aplicarlos, tener cuidado de conocer bien la disposición de la articulación, valiéndose del índice de una de las manos, que deberá luego servir de guia al instrumento.

Si fuere suficiente un solo gancho, le aplica el comadron con preferencia á la articulación donde se pueda colocar con menos dificultad; le coge en seguida con la mano del lado á que corresponde la extremidad que abraza dicho gancho, y desliza el índice de la otra mano por dentro de la articulación que ha quedado libre.

Pero es útil algunas veces aplicar dos ganchos, uno á cada ingle, y entonces se reúnen las ramas despues de su aplicación de modo que veugan á formar un *forceps-gancho*.

ARTÍCULO IV.

Del lazo.

El lazo no es mas que una cinta de hilo de ana y media (1) de longitud, que se emplea para fijar un miembro del feto que se ha conseguido sacar fuera (2).

Asi, cuando despues de una manioobra mas ó menos penosa se ha logrado extraer uno de los pies del feto, se le fija por medio de un lazo que se aplica encima de los tobillos para impedir que se introduzca otra vez en las partes: del mismo modo, cuando se presenta primero uno de los brazos de la criatura, se le fija con un lazo para evitar que tome una posicion viciosa, y tambien para obligarle á salir al mismo tiempo que el tronco.

Cuando el comadron quiere aplicar el lazo á una de las extremidades del feto, lo puede hacer de dos modos: 1.º teniendo el miembro que acaba de extraer agarrado con la mano que le ha desprendido, echa el lazo doblado por el medio sobre la pierna ó antebrazo correspondiente, y mete sus dos cabos por dentro de la flexura, de suerte que venga á formarse un nudo corredizo, que el comadron hace deslizar en seguida hasta colocarlo encima de los tobillos si se trata del pie, ó de la muñeca si el miembro extraido fuese el brazo: 2.º puede formar con anticipacion el nudo corredizo, coger en seguida la extremidad que se ha desprendido, y hacer que se deslice el lazo por ella como anteriormente.

El primero de estos dos métodos es sin contradiccion el mejor por la gran seguridad que tiene el comadron de que no soltando de ningun modo la extremidad, nunca podrá ésta escapársele.

Colocado ya el lazo, le confia el comadron á un ayudante, y pasa á extraer las demas partes del feto.

Segun se ve, se hace en el dia muy poco uso del lazo, y son muy raros los casos en que hay precision de recurrir á él.

(1) Ana y media de París equivale á unas dos varas castellanas (*Nota del traductor*).

(2) Sirve tambien para extraer las rodillas cuando se presentan en el estrecho inferior de la pelvis.

TERCERA PARTE.

De los partos que no pueden terminarse las mas de las veces sino con el auxilio de los instrumentos cortantes.

Quando hay una grande desproporcion entre el volúmen de la criatura y el ancho de la pelvis de la madre, ya no bastan los instrumentos romos para terminar el parto, y es de absoluta necesidad recurrir á los cortantes, ya sea para ensanchar el paso, ya sea para disminuir el volúmen de la criatura, ó ya, en fin, para abrirla un camino artificial.

Veamos en qué casos deben practicarse estas diversas operaciones.

Si en general se conoce fácilmente cuándo existe una desproporcion mas ó menos considerable entre la criatura y la pelvis de la madre, no siempre es tan fácil apreciar los recursos de la naturaleza. Se ha visto terminar el parto por sí solo en mugeres cuyas pelvis no presentaban de adelante á atras mas que una extension de dos pulgadas á dos pulgadas y media: esto habrá consistido en que, siendo entonces la criatura mas blanda y mas flexible que de ordinario, pudo alargarse y amoldarse de algun modo al interior de la pelvis, y acaso tambien en que ésta por un reblandecimiento considerable de sus sinfisis, se ensanchó por efecto de las contracciones uterinas. Pero son muy raras estas excepciones, y no se debe contar con ellas.

Por consiguiente, quando el volúmen de la criatura es mucho mayor que el ancho de la pelvis de la madre, casi siempre es necesario recurrir á una ú otra de las operaciones arriba indicadas.

ARTÍCULO PRIMERO.

Del régimen, del aborto y del parto prematuro, como medios propios para prevenir la necesidad de operaciones en la madre ó en la criatura.

Si se ha podido conocer durante la preñez que la pelvis es demasiado estrecha para dejar pasar una criatura de todo tiempo, ¿se podrá conseguir por medio de un régimen severo, que esta última adquiriera menos volúmen? ó tambien, ¿será lícito provocar el aborto ó el parto prematuro á fin de

evitar la necesidad de una operacion grave en la madre ó en la criatura?

A. El régimen raras veces influye de un modo notable en el desarrollo del feto (1), porque se observa diariamente que mugeres que carecen de lo necesario, ó que han estado sujetas á tratamientos los mas debilitantes, paren criaturas grandes y bien nutridas; al paso que otras que viven en la abundancia y gozan de buena salud, dan á luz frecuentemente niños débiles y poco desarrollados.

Por otra parte, la debilidad extremada á que no podríamos menos de reducir á la muger, privándola de todo lo que es capaz de sostenerla, y sujetándola ademas á pérdidas de sangre mas ó menos considerables, podria muy bien serle funesta.

Creemos, pues, que el régimen por severo que sea, solo rarisimas veces puede producir el efecto deseado, y que siempre es prudente no recurrir á él.

B. En cuanto al *aborto* tan recomendado por los cirujanos ingleses Barlow, Wigand y otros, nadie duda que provocándole con tiempo puede, en ciertos casos, librar á las mugeres de los peligros que correrian al llegar al término natural de la preñez; pero antes de todo, ¿es lícito matar dentro de la matriz á un feto que tiene vida? y ademas, no son tan temibles los accidentes á que expone á las mugeres el aborto promovido como los que podrian sobrevenir despues de las operaciones que se quieren evitar? Si se consulta la experiencia, se ve que el aborto ocasionado por una violencia externa, ó por remedios tomados interiormente, es seguido en muchas ocasiones de accidentes mortales. ¿Qué conducta, pues, convendrá observar en estos casos dificiles? Expongamos para ilustrar al práctico lo que puede suceder, ya sea que se produzca el aborto, ó ya que para obrar se aguarde el término de la preñez.

En el primer caso se quita indudablemente la vida á la criatura, y se expone á la madre á hemorragias, convulsiones é inflamaciones de la matriz y del peritoneo, cuya terminacion mas comun es la muerte.

En el segundo caso, es decir, cuando se aguarda el fin

(1) Mr. Moreau cita muchos casos en favor de la opinion contraria.

del embarazo, 1.º puede ser que se termine el parto por las solas fuerzas de la naturaleza, puesto que, como hemos dicho antes, algunas mugeres han parido naturalmente aunque su pelvis no presentaba de adelante á atrás mas que de dos pulgadas á dos y media de extension (Baudeloque). 2.º Si hay necesidad de practicar operaciones en la madre, no siempre se la expone mas que en las maniobras indispensables para determinar el aborto, y por lo menos se salva de seguro la criatura.

Creemos, pues, firmemente que nunca debe promoverse el aborto aun en los casos en que la pelvis tenga muy corta extension.

C. Parto prematuro. Muchos hechos (1) hablan hoy dia en su favor, para no recurrir á él siempre que la pelvis no presenta de adelante á atrás mas que dos pulgadas y media á tres de extension (2). Efectivamente, por medio de esta operacion que por lo comun solo tiene muy pequeños inconvenientes, se salva la madre de todos los peligros consiguientes á la sinfisiotomía y á la operacion cesarea, al mismo tiempo que se proporciona al feto salir con vida.

De todos modos es preciso convenir en que la madre corre menos riesgo en la operacion que la criatura.

Procedimientos operatorios. Se dilata por grados el cuello de la matriz por medio de unos pedazos de esponja que se introducen en su orificio, y que se mantienen en él con el auxilio de un tapon colocado en la vagina; ó mejor se perforan las membranas por medio de un instrumento cualquiera.

Tanto en un caso como en otro no tarda la matriz en contraerse, y en echar fuera todo cuanto contiene.

ARTÍCULO II.

De la embriotomia.

La embriotomia consiste mas comunmente en perforar las paredes del cráneo del feto para disminuir su volúmen: la operacion se llama entonces mas particularmente *cefaloto-*

(1) Se cuentan mas de 160 publicados casi todos por médicos alemanes é ingleses.

(2) Algunos autores han aconsejado tambien que se recurra á él en todos los casos en que visto el estado de la preñez, podria comprometer gravemente la vida de la enferma un accidente ó una enfermedad.

mia. Pero otras veces es necesario introducir en la matriz instrumentos cortantes para destrozár el feto en cierto modo, y poder en seguida extraerle á pedazos; este es el caso en que principalmente conviene la palabra *embriotomia*.

Esta operacion, que tuvo antiguamente muchos partidarios, y que todavia se usa con bastante frecuencia en algunas naciones de Europa, ya no se practica en el dia sino muy raras veces especialmente en Francia.

La embriotomia está indicada siempre que, estando muerta la criatura, ó afecta de una enfermedad mortal, es demasiado estrecha la pelvis de la madre para que pueda terminarse el parto con el auxilio de la mano ó del forceps.

Un autor moderno ha dicho que la hidropesía de la cabeza, del pecho ó del vientre en el feto, no son enfermedades absolutamente mortales, y que por consiguiente deben practicarse en la madre todas las operaciones necesarias para la terminacion del parto; pero nosotros estamos muy distantes de seguir esta opinion, y creemos que en semejantes circunstancias siempre debe sacrificarse la criatura antes que á la madre. Con efecto, ¿no sería el colmo de la barbarie el exponer á una muger, por otra parte llena de vida y de salud, á las vicisitudes de la sinfisiotomia, ó de la operacion cesarea, para extraer de su seno un feto que tiene que perecer el mismo dia de su nacimiento, ó poco tiempo despues?

Tambien debe practicarse la embriotomia estando viva la criatura cuando la madre repugna toda especie de operacion.

Para que la embriotomia pueda practicarse sin comprometer la vida de la muger, debe presentar su pelvis á lo menos dos pulgadas de adelante atrás. Si es menor esta dimension, es de absoluta necesidad recurrir á la hysterotomia, porque entonces la desmembracion de la criatura en la matriz sería mucho mas peligrosa para la madre que la misma operacion cesarea.

La operacion que se practica en el feto varía segun la causa que se opone al parto. Si se trata de una hidropesía cualquiera, basta una simple puncion hecha con un trocar para dar salida al liquido derramado, y permitir que la parte donde reside la enfermedad disminuya considerablemente

de volúmen. Cuando existe un hidrocefalo, deberá hacerse la puncion, en cuanto sea posible, en un espacio membranoso, en una fontanela, ó en una sutura. Si la hidropesía tiene su asiento en el pecho, se introducirá el trocar por un espacio intercostal, y finalmente, si el derrame ocupa la cavidad abdominal, se introducirá el instrumento por cualquier punto de las paredes de dicha cavidad.

Cuando es la cabeza la que se opone al parto, hay precision algunas veces de vaciarla y extraer todo lo que contiene; entonces es necesario hacer una incision de una pulgada por lo menos, dándola la forma simple ó crucial. Para practicar esta operacion, se emplea un bisturí cubierto de lienzo hasta cerca de su punta, ó bien las tijeras de Smellie (1): este último instrumento conviene especialmente cuando hay que emplear alguna fuerza para dividir las partes. Hecha ya la abertura, se desmenuza con los dedos la pulpa del cerebro, ó tambien con el instrumento que ha servido para dividir las paredes del cráneo, y se facilita la salida por medio de inyecciones.

Cuando se presenta primero la cabeza, es bastante fácil la operacion; pero no es lo mismo si viene despues del tronco. Entonces es menester, como se ha dicho anteriormente, buscar una fontanela ó una sutura, y no perforar los huesos sino en el caso de no llegar á encontrar ninguno de estos espacios membranosos.

Despues que se ha vaciado lo que contenia la cabeza del feto, se reduce esta á menor volúmen, y si se contrae la matriz y no es muy angosta la pelvis, todavía puede terminarse el parto por sí solo: en el caso contrario se debe aplicar el forceps. Tambien se puede recurrir á la trituracion hecha con el cefalotribio, que es una especie de forceps con dos cucharas que no están horadadas, y cuyo mango está atravesado por un tornillo que proporciona apretar cuanto es posible.

Cuando hay que introducir en la matriz algun instrumento cortante para aplicarle al cuerpo de la criatura, es

(1) Las tijeras de Smellie son cortantes por su borde externo: se introducen cerradas, y despues que han penetrado, se abren para hacer mejor la incision.

menester poner sumo cuidado, y tomár las precauciones necesarias para no lastimar las partes de la madre. El instrumento debe ir siempre guiado y cubierto por uno ó mas dedos.

Importa mucho que cuando se practica esta clase de operaciones tengan fija la matriz las manos de uno ó varios ayudantes, y que la parturiente conserve siempre la posicion que se la ha dado: esta posicion debe ser la misma que para la aplicacion del forceps.

§. I. De la extraccion de la cabeza cuando ha quedado sola dentro de la matriz.

El quedarse la cabeza en el interior de la matriz despues de la separacion violenta del tronco es mucho menos frecuente en el dia que lo era antiguamente; lo que depende sin duda ninguna del conocimiento mas exacto que se tiene del mecanismo del parto natural, y de los obstáculos que pueden oponerse al paso de la criatura. Así, es bien sabido hoy dia que no basta tirar del tronco para efectuar la extraccion de la cabeza, sino que tambien es menester que esta última se halle convenientemente situada, y que no tenga un volumen muy considerable, sin lo cual todos los esfuerzos que se hiciesen no podrian tener otro resultado que el separarla del cuerpo, sobre todo si el feto, muerto ya de mucho tiempo, se hallase en un estado próximo á la putrefaccion.

Hay un medio muy seguro de evitar este accidente, y es el de agarrar la cabeza con el forceps: efectivamente, entonces el cuello del feto ya no tiene que sufrir ningun género de esfuerzos.

Y si bien el accidente de que hablamos es muy raro en el dia y apenas se citan ejemplos, veamos sin embargo lo que deberia hacerse si llegase á presentarse.

1.º Cuando la cabeza no tiene un volumen muy considerable, basta por lo comun darla una posicion conveniente para que las contracciones de la matriz lleguen por sí solas á expelerla.

2.º Cuando la matriz se halla en inaccion ó en un estado próximo á la inercia, es necesario introducir dos dedos en la boca de la criatura, colocar el pulgar debajo de la barba, y tirar en la direccion de los ejes de la pelvis, advirtiendo

que es preciso además dar á la cabeza los movimientos de rotacion necesarios, para que sus mayores diámetros estén siempre en relacion con los de la pelvis.

3.º Si no fuere suficiente la mano se podrá recurrir al forceps, sobre todo si la cabeza está ya en la excavacion de la pelvis.

A nuestro entender podemos aquí eximirnos de hablar de los diferentes saca-cabezas inventados por los antiguos, una vez que se hallan en el día enteramente abandonados. Así, nada diremos de las frondas, bolsas, filetes y otros medios casi semejantes.

4.º Todo lo que precede solo es aplicable á los casos en que la cabeza no es bastante abultada para salir: veamos ahora lo que convendria hacer si hubiere una desproporcion entre su volúmen y la capacidad de la pelvis.

Solo una indicacion se presenta en este caso, y es perforar el cráneo y extraer lo que contiene. Para esto se fija el vértice de la cabeza en el centro del estrecho superior con una mano introducida en la matriz; se perfora con cualquier instrumento cortante una de las fontanelas ó suturas, y se procede á desmenuzar el cerebro. Desocupado ya el cráneo, se deprimen los huesos y puede hacerse fácilmente la extraccion de la cabeza.

Nota. No apruebo del todo que se empleen en este caso ganchos puntiagudos, porque despues de haber perforado las partes del cráneo, podrian muy bien penetrar á las de la madre y producir graves rasgaduras.

Y aun creo que no hay ningun caso en que no se puedan reemplazar con ventajas estos instrumentos, ya sea con el forceps, ya con los ganchos romos; y así, me parece que seria muy bueno proscribir su uso en la práctica.

§. II. De la extraccion del tronco cuando ha quedado solo dentro de la matriz.

El pecho y el vientre del feto pueden ser el asiento de una porcion considerable de líquido; ó presentar viciós de conformacion que le den un volúmen extraordinario. Entonces la cabeza, si es la primera que se presenta, atraviesa sin dificultad el estrecho superior; pero despues que ha llegado á la

excavacion no puede adelantar mas á causa de ser mucho mayor el volúmen del tronco que la anchura del paso. Si felizmente se reconociere al momento la naturaleza del obstáculo, una simple puncion puede bastar para removerle en caso de hidropesía; pero si desentendiéndonos de lo que se opone á la terminacion del parto, queremos á viva fuerza efectuar la extraccion del feto tirando violentamente de su cabeza, fácil es conocer que podemos arrancársela.

¿Qué medio pues será necesario adoptar para extraer el tronco del feto cuando ha quedado solo dentro de las partes de la generacion? Esto puede conseguirse de varios modos: 1.º aplicando ganchos romos á los sobacos: 2.º desprendiendo primero los brazos para luego tirar de ellos hácia arriba: 3.º dando vuelta al tronco para terminar el parto por los pies.

De cualquier modo que se proceda, es menester cuidar de poner los diámetros mayores del feto en relacion con los de la pelvis de la madre, y tirar siempre de él en la direccion de los ejes de la pelvis.

ARTÍCULO III.

De la sinfisiotomía.

Se da el nombre de sinfisiotomía á la operacion que consiste en dividir la sínfisis de los púbis (1) para ensanchar los diámetros de la pelvis de la madre, y proporcionar que se termine el parto por las vias naturales.

El origen de la sinfisiotomía sube á una época muy lejana. Galeno la habia presentido, y muchos siglos despues la propuso Severino Pineau. Olvidada luego por espacio de dos siglos, fue propuesta de nuevo en el año de 1768 por Sigault, que no la practicó por primera vez en una muger viva hasta el año de 1777; la muger se llamaba Souchot. Esta primera tentativa se vió coronada con el éxito mas completo, por lo

(1) Un autor italiano aconseja que en lugar de esta operacion, se corte de ambos lados el cuerpo y la rama de los púbis, pareciéndole que de este modo se evitarán todos los accidentes á que expone la seccion de la sínfisis. Pero desgraciadamente la experiencia ha probado lo contrario, porque las mugeres en quienes se ha hecho esta nueva operacion han perecido bien pronto.

cual el nombre del operador resonó por toda la Europa, y la facultad de medicina de París hizo grabar una medalla en honor suyo. Sin embargo, la sinfisiotomía tenía entonces muchos detractores, aun entre los miembros de la academia de cirugía. Empero la única reconvencción razonable que se podía hacer á su inventor era el haber intentado persuadir que su operacion podría en todos los casos suplir la gastro-histerotomía.

Hoy día está bien demostrado que la seccion pubiana puede ser suficiente en ciertos casos para terminar el parto; pero que en otros no puede eximir de recurrir á la operacion cesárea.

Casos en que conviene practicar la sinfisiotomía. 1.º Siempre que estando viva la criatura no presente la pelvis en su diámetro sacro-pubiano mas que de dos y media á tres pulgadas; 2.º cuando han sido insuficientes la mano y el forceps por causa de la angostura del estrecho inferior: la operacion es en este caso tanto mas ventajosa cuanto que se aumenta la anchura del arco de los pubis á proporcion que los huesos se separan uno de otro. La sinfisiotomía es eficaz mayormente cuando existe la estrechez en la dirección de los diámetros oblicuos ó del transversal; 3.º cuando la cabeza se halla encajada de tal suerte en la excavacion que es imposible hacerla subir mas arriba del estrecho abdominal; 4.º cuando es muy estrecho el arco de los pubis, ó muy larga la sinfisis; 5.º cuando existen en la pelvis ciertos tumores que no la obstruyen mas que en parte; 6.º por último, cuando está encajado el útero, como puede suceder en la retroversion (*Gardien*).

Contra-indicaciones. La sinfisiotomía está contra-indicada; 1.º en la mayor parte de los casos arriba citados, cuando se halla muerta la criatura; 2.º cuando la pelvis presenta menos de dos pulgadas y media; 3.º cuando hay motivo para creer que las sinfisis están osificadas; 4.º finalmente, cuando la muger no quiere sujetarse á la operacion.

Del grado posible de separacion de los pubis sin lesion de las sinfisis sacro-iliacas. Hay una gran discordancia entre los autores acerca de este punto importante de la operacion. Mr. *Richerand* cree que la separacion no puede pasar de una pulgada sin peligro. *Baudelocque*, fundándose en muchos ex-

perimentos hechos en el cadáver á vista de muchos cirujanos del Hotel-Dieu de París, dice que esta separacion puede llegar á dos pulgadas sin graves inconvenientes. En fin *Gardien*, apoyándose en los experimentos hechos por *Giraud* y *Ansiaux*, sostiene que puede llegar la separacion hasta tres y aun cuatro pulgadas sin que las sinfisis sacro-iliacas sufran grandes lesiones.

Sin detenernos en lo que han dicho los autores que acabamos de nombrar, nos limitaremos á exponer aquí los resultados que nosotros mismos hemos obtenido en experimentos hechos con motivo de un concurso en que teniamos que tratar de la sinfisiotomia.

En el cadáver de muchas mugeres que tenian de 30 á 40 años no pudimos obtener mas que pulgada y media de separacion sin producir la rotura de las articulaciones posteriores de la pelvis. En otras cuatro mugeres de 25 á 30 años de edad pudimos obtener de 18 á 20 líneas; por último en una joven recién parida pudieron sus pubis sufrir una separacion de 22 líneas sin alteracion notable de las sinfisis sacro-iliacas.

Pero el reblandecimiento que sobreviene en las articulaciones de la pelvis en las mugeres embarazadas debe producir necesariamente alguna diferencia en los resultados de la operacion; así que no tenemos ninguna dificultad en creer que casi siempre puede llegar la separacion de los pubis á dos pulgadas y tres ó cuatro líneas sin graves inconvenientes para las mugeres.

Ventajas de la operacion con relacion al parto. Una pulgada de separacion entre los dos huesos pubis produce un aumento de unas dos líneas en el diámetro antero-posterior de la pelvis.

Dos pulgadas producen cuatro líneas.

Dos pulgadas y tres ó cuatro líneas producen cerca de media pulgada (1).

(1) Si se pudiese ir mas adelante se obtendria un aumento proporcionalmente mucho mas considerable; así, tres pulgadas darian un aumento de ocho líneas al diámetro antero-posterior de la pelvis, y con cuatro pulgadas ganaria este 12 líneas (*Giraud*). Hay ademas que advertir que los diámetros transversal y oblicuo de la pelvis ganan mucho mas que el antero-posterior; pero este gran beneficio es casi siempre nulo, porque el obstáculo para la terminacion del parto se encuentra ordinariamente en la dirección del diámetro antero-posterior.

Estos resultados serian indudablemente una compensacion muy ligera de los peligros de la operacion si fuesen los únicos que con ella se obtienen; mas por fortuna no es así. Cuando se abre la sinfisis de los pubis, una de las eminencias parietales viene á situarse en el hueco que existe entre los huesos, y por este medio se ganan tambien tres ó cuatro líneas (Baudelocque, Gardien, Desormeaux, Duges).

Algunos comadrones se han propuesto demostrar que es imposible la introduccion de una de las eminencias parietales entre los huesos pubis, á causa de la situacion oblicua de la cabeza; pero no han reflexionado que las posiciones oblicuas no pueden verificarse sino cuando la pelvis tiene sus dimensiones normales, y que, cuando es angosta en su diámetro antero-posterior, presenta casi siempre la cabeza una direccion transversal: entonces una de las eminencias parietales corresponde necesariamente á la sinfisis de los pubis. Por otra parte la experiencia confirma esta opinion: Baudelocque refiere que en una operacion que practicó en 1779 en el Hotel-Dieu de París en el cadáver de una muger, cuya pelvis no tenia mas que 20 líneas de adelante á atrás, vino una de las eminencias parietales de la cabeza del feto á situarse por sí misma en la separacion de los huesos pubis.

Tiempo en que conviene hacer la operacion. Solo cuando el cuello de la matriz está enteramente dilatado, y los dolores son bastante fuertes para expeler la criatura, se debe proceder á la operacion, porque antes de este tiempo no se encuentra el obstáculo en la pelvis, ni tampoco se sabe si será indispensable el operar. Por otra parte abriendo muy pronto los pubis, perderia la matriz toda especie de apoyo, y no podria menos de descender en cada contraccion á la parte mas profunda de la pelvis pequeña.

Procedimiento operatorio. Debe colocarse la enferma en el borde de una cama, ó sobre una mesa cubierta del modo conveniente, guardando la misma posicion que si se fuese á hacer uso del forceps; conviene que muchos ayudantes la mantengan en esta posicion, y que los encargados de los muslos sostengan los huesos de las caderas cuando esté á punto de completarse la separacion de la sinfisis. Sin duda está demostrado que la separacion espontánea no puede ser muy grande;

y sin embargo creemos siempre prudente no omitir ninguno de los medios capaces de precaver los accidentes que no dejaria de producir una separacion demasiado considerable de los huesos.

Un ayudante debe tener el encargo especial de auxiliar al operador, y presentarle los instrumentos que pueda necesitar durante la operacion. Antes debe rasurarse el monte de Venus, y dar salida á la orina que contenga la vejiga.

Estando así todo dispuesto, el operador armado de un bisturí ligeramente convexo por su corte, se coloca á la derecha ó entre las piernas de la muger, busca con cuidado el lugar que ocupá la sínfisis, y divide sucesivamente todas las partes blandas que se encuentran por delante de ella, procurando cortar la línea blanca en la misma extension á fin de evitar con seguridad los obstáculos que las inserciones de las aponeurosis abdominales en los pubis no dejarian de oponer á la separacion de los huesos. Creemos tambien con Desormeaux que debe prolongarse la incision hácia abajo á lo largo de la rama izquierda del arco pubiano hasta que se pueda dividir la rama correspondiente del clitoris, porque es mucho mejor cortarla desde luego que exponerla á rasgarse con los esfuerzos de distension: segun nuestro modo de ver puede evitarse fácilmente la herida de la pudenda interna con solo tener un poco de cuidado.

Deben ligarse inmediatamente las demas arterias que pueden ser divididas durante la operacion á fin de que la sangre no desfigure las partes.

Se hará con mucha lentitud la division del fibro cartilago inter-articular, á fin de evitar con mas seguridad la lesion de los órganos que importa respetar. No convienen los autores sobre la forma del instrumento necesario para este segundo tiempo de la operacion. Unos quieren que se haga uso de un bisturí ordinario, teniendo cuidado de cubrir su punta con la uña del dedo índice izquierdo; otros prefieren un bisturí de boton; Alfonso Leroy aconseja que se use de un escalpelo convexo por su corte; Aitken ha inventado un cuchillo flexible; finalmente, Desormeaux cree que conviene mucho mejor un bisturí de hoja recta y terminado en cuadro. Somos tam-

bien de opinion que merece este último instrumento la preferencia, si bien conocemos que el buen éxito de la operacion depende menos de la forma del instrumento que se adopte para dividir la sinfisis que de la habilidad del operador.

Ahora, ¿como deberá hacerse la seccion del fibro cartilago inter-articular? ¿Deberá obrar el bisturí de adelante á atrás, como lo aconseja Plenck, ó de atrás adelante, segun quiere Aitken, ó bien de arriba á abajo, como lo prescriben otros autores? Nuestro dictámen es que es mejor cortar de arriba á abajo, porque de este modo es imposible que el instrumento penetre en el interior de la pelvis.

Cuando se llega cerca del ligamento subpubiano es necesario poner mas cuidado á fin de no abrir el canal de la uretra, y para mayor seguridad convendrá dirigir un poco á la izquierda la incision de este ligamento, al mismo tiempo que se deprime la uretra hácia abajo y á la derecha por medio de una sonda introducida en este conducto.

Cuando la sinfisis se halla ya enteramente dividida, se deja el parto á la naturaleza, si la matriz se contrae con fuerza, y en el caso contrario se le termina con la mano sola ó con el forceps.

En todo caso los esfuerzos necesarios para la expulsion ó extraccion de la criatura deben ser suficientes para separar los huesos en el grado conveniente, sin que haya necesidad de hacer en los muslos ó en los huesos de las caderas presiones que podrian dar lugar á las alteraciones mas graves en las sinfisis posteriores de la pelvis, y exponer de este modo el buen éxito de la operacion.

Cuidados consecutivos. Despues de terminado el parto se unen al instante los huesos, y se los mantiene en un contacto perfecto por medio de un vendaje puesto alrededor de la pelvis; este vendaje, hecho de lienzo, y forrado de franela, debe tener cinco ó seis pulgadas de ancho, y presentar en una de sus extremidades muchas hebillas y en la otra igual número de correjuelas.

Se reunirán los bordes de la herida exterior por medio de tiras aglutinantes, y se la cubrirá con un lienzo untado de cerato, encima del cual se pondrán hilas informes, y compresas.

Si al aproximar los huesos se presentare entre ellos la vejiga, será menester empujarla con el dedo, ó con una sonda de muger, como lo prescribe Desormeaux.

El apósito debe renovarse siempre que parezca necesario; y sobre todo importa que el vendaje que sostiene los huesos esté siempre convenientemente apretado.

El tratamiento general es el mismo que en todas las grandes operaciones: deberá hacerse de modo que se eviten los accidentes inflamatorios por medio de las sangrías, los baños, los emolientes, y el régimen, &c; y convendrá especialmente que la muger dé de mamar á su niño, si no hay cosa que á ello se oponga, y que evite con cuidado todo lo que pueda contrariar ó suprimir el flujo de los loquios.

Es lo mas regular que se efectúe la reunion de los huesos al cabo de un mes ó de seis semanas; sin embargo, aconseja la prudencia que no se permita andar á la enferma hasta pasados dos meses, y aún son frecuentes los casos en que se necesita un tiempo mucho mas largo, cuatro ó cinco meses por ejemplo, para que haya desaparecido toda movilidad, y pueda ejecutarse la progresion sin dolor.

Los cuidados mejor empleados no son suficientes en todos los casos para hacer consolidar la sinfisis de los pubis, y es cosa bien notable que esta circunstancia no sirve siempre de obstáculo á la muger para estar de pie, andar, y aún saltar con bastante fuerza (Dubois, Mansuy); esto depende de que entonces las articulaciones posteriores de la pelvis han adquirido bastante solidez para resistir á las sacudidas que reciben los huesos de las caderas.

Resultados de la operacion relativamente á la madre y á la criatura. Segun dice Baudelocque de 41 mugeres en quienes se hizo la operacion, murieron 14; y solo se conservaron 27; y de 41 criaturas 13 nacieron vivas, y 28 muertas.

Entre las mugeres que sucumbieron parece que algunas fueron víctimas de la demasiada tardanza que hubo en operarlas; pero tambien muchas de las que sobrevivieron habian podido parir naturalmente una ó mas criaturas, lo que prueba á lo menos que su pelvis no era muy defectuosa.

Es, pues, la sinfisiotomía una operacion grave, y que no conviene practicar sino en los casos de absoluta necesidad.

ARTÍCULO IV.

De la operacion cesárea abdominal (Gastro-histerotomía).

Se entiende generalmente por operacion cesárea la incision hecha en las paredes del vientre, y en las de la matriz, para extraer la criatura cuando no puede atravesar la pelvis.

El origen de la operacion cesárea sube á una época que es imposible determinar: nada hay de positivo acerca de su etimologia. Se creyó por mucho tiempo que el nombre de esta operacion se derivaba del de Julio César, pero despues se ha sostenido que por el contrario, era Julio César el que habia tomado su nombre de la operacion, mediante la cual vino al mundo.

Al principio solo se hizo la operacion cesárea en mugeres muertas; pero en el año de 1500 la practicó un capador por la primera vez en su propia muger, á quien habian abandonado las comadres. La operacion tuvo un éxito completo; y desde entonces se ha practicado muchas veces tanto en Francia como en otras naciones.

La operacion cesárea es sin contradiccion una de las más graves operaciones; sin embargo, no puede desconocerse su utilidad, puesto que en ciertos casos es el único recurso que el arte puede ofrecer.

Está indicada la operacion cesárea, 1.º cuando la muger, embarazada de mas de siete meses (1), acaba de morir, y el trabajo del parto no se halla bastante adelantado para permitir la salida del feto por las vias naturales; 2.º en la muger viva; 1.º cuando la pelvis no presenta mas que dos pulgadas á dos y media de extension en su diámetro sacro-pubiano, estando viva la criatura; 2.º cuando la pelvis presenta menos de dos pulgadas, que esté muerta ó viva la criatura; 3.º en ciertos casos de angostura considerable de la excavacion, ó del estrecho inferior; 4.º cuando la pelvis está ocupada por tumores, que es imposible separar á algun lado, ó destruir;

(1) Si se hiciese la operacion antes de esta época, no podria ser con otro fin que con el de administrar el bautismo á la criatura, puesto que no es viable todavía.

5.º cuando la matriz ha salido formando hernia por el canal inguinal ó crural (1).

Está contraindicada la operacion cesárea, 1.º cuando, habiendo muerto la muger, se halla bastante adelantado el trabajo del parto, para permitir la salida del feto por las vías naturales; 2.º cuando hay la certeza de que la muerte de la criatura ha precedido á la de la madre; 3.º en la muger viva, cuando estando muerta la criatura la pelvis presenta todavía bastante latitud para permitir su division en pedazos de dos pulgadas á dos y media; 4.º cuando el feto es muy pequeño, ó tiene tal blandura que podrá amoldarse de algun modo á la forma interior de la pelvis; 5.º cuando la cabeza del feto se halla encajada en la excavacion, de manera que seria imposible hacerla subir mas arriba del estrecho; 6.º por último, no debe practicarse la operacion cuando rehusa la muger sujetarse á ella.

El tiempo en que conviene obrar es de necesidad ó de eleccion: de *necesidad*, cuando la mas pequeña tardanza puede comprometer la vida de la madre ó de la criatura: de *eleccion*, cuando durante la preñez ha sido posible asegurarse de los obstáculos que haya para el parto, y fijar de algun modo la conducta que se debe seguir; en este último caso se debe esperar cuanto se pueda á que el cuello uterino esté bastante dilatado, para dar una salida fácil á los diferentes líquidos que puedan formarse en la cavidad de la matriz.

La operacion cesárea abdominal debe practicarse con tanto cuidado en la muger que acaba de morir como en la que está viva, porque no siempre es fácil demostrar si la muerte es positiva. Se refieren las observaciones de muchas mugeres, que volvieron en sí en el momento en que iba á introducirseles el cuchillo cesáreo.

Instrumentos y piezas de apósito necesarios. Dos bisturries, uno convexo ordinario, y otro recto de boton; unas tijeras, unas pinzas de ligar, una esponja fina, y algunos hilos bastan para practicar la operacion.

(1) La operacion cesárea no siempre es indispensable en estos casos, pues varios autores refieren que muchas mugeres han podido parir naturalmente, á pesar de estas dislocaciones de la matriz. Se debe, pues, procurar reducir el órgano, y en el caso de no poderlo conseguir, ver si la matriz no podrá bastarse á sí misma. Suponiendo que la naturaleza sea impotente, será menester recurrir á la operacion.

Las piezas de apósito necesarias para la cura son: agujas enebradas, clavijas pequeñas de madera, ó mejor de goma elástica, tiras largas de diaquilon, lienzos untados de cerato, hilas, compresas, unas larguitas, y otras cuadradas, un vendaje de cuerpo con su escapulario, vasos de agua fria, una geringa, y agua caliente para las inyecciones cuando sean necesarias. En fin, tambien es bueno que haya á mano un poco de buen vino, de vinagre, y de agua de colonia.

Sitio de eleccion para practicar la operacion.

Método lateral. El método mas antiguo consiste en abrir el vientre en uno ú otro lado, pero con preferencia en aquel hácia el cual se halle inclinado el fondo de la matriz. Los comadrones no están de acuerdo sobre la direccion que debe darse á la incision: unos quieren que sea oblicua en la direccion de una línea, que partiendo de la extremidad cartilaginosa de la tercera costilla asternal, fuese á parar al pubis; y otros proponen una incision semi-lunar. Levret quiere que sea paralela al borde externo del músculo recto: y por último, Lauverjat aconseja que se la dé una direccion transversal.

Inconvenientes. El método lateral, cualquiera que sea la direccion que se de á la incision, presenta inconvenientes bastante graves: 1.º precisa á dividir tres planos de músculos, que por la diferente direccion de sus fibras presentan grandes obstáculos á la cicatrizacion: 2.º expone á la lesion de las ramas de la arteria epigástrica, y de las principales arterias de la matriz, que se encuentra cortada junto á uno de sus bordes: 3.º en fin, no permite mantener la herida del vientre en las relaciones convenientes con la del útero, lo que no puede menos de promover el derrame de los loquios en la cavidad del peritoneo. A pesar de estos inconvenientes, bien conocidos de un gran número de prácticos, pretende un autor moderno resucitar el método lateral, proponiéndose abrir el vientre en el lado mas prominente, y dar á la incision una direccion oblicua de alto abajo, y de afuera adentro. En cuanto á la matriz, quisiera que se la abriese por una incision en forma de media luna: ensayó este procedimiento en una muger, la cual falleció una hora despues de la operacion.

Procedimiento de MM. Ritgen, Physick, y Baudelocque, sobrino. 1.º El de Ritgen, consiste en hacer una incision transversal en las paredes del abdómen, encima de la cresta del ileon, y en desprender el peritoneo hasta que se pueda llegar al cuello de la matriz, y cortarle.

2.º El de Mr. Physick es el mismo, excepto que la incision debe hacerse al traves, é inmediatamente encima de los pubis.

3.º En fin, Mr. Baudelocque quiere que se haga una incision encima, y en la direccion del arco crural, y que se desprenda el peritoneo hasta que se pueda cortar la parte superior de la vagina. Por esta abertura pretende el autor hacer pasar el feto, despues de haber puesto en relacion con ella el orificio del cuello.

Se ve, que el objeto principal de estos tres autores ha sido hacer la operacion sin abrir el peritoneo; pero ademas de que será sumamente dificil, cuando no sea imposible, hacer que salga la criatura por el camino que se le ha abierto, estoy convencido de que estas operaciones no dejarian de exponer mucho mas á las mugeres que la operacion ordinaria.

Los métodos de los Doctores Ritgen y Physick no han sido todavía puestos en práctica en la muger viva.

Mr. Baudelocque, sobrino, ha tenido ocasion de ensayar su método, pero se vió precisado á abandonar su operacion, para recurrir á la que se practica ordinariamenté. Somos, pues, de opinion, que deben abandonarse enteramente tanto este método como los de los Doctores Ritgen y Physick.

Operacion en la línea blanca. La mayor parte de los comadrones franceses y extrangeros son de dictámen en el dia de que es preferible la incision de las paredes abdominales en la línea blanca; en esta operacion, por lo menos, no puede tocar el bisturí ninguna parte donde resulte una lesion grave, y puede abrirse la matriz en su parte media.

La lesion de la vejiga, que parece han temido algunos autores, puede evitarse fácilmente.

En cuanto á la dificultad de que se derramen los líquidos afuera, se puede remediar fácilmente, dando á la enferma una posicion conveniente.

Tiempo en que conviene practicar la operacion. Este tiem-

po, segun dice Desormeaux, es de *necesidad* ó de *eleccion*: de necesidad, cuando es llamado el comadron despues de un trabajo mas ó menos largo, y correria peligro la vida de la madre ó de la criatura si se retardase por mas tiempo su asistencia; de eleccion, cuando en el discurso de la preñez se ha podido averiguar con certeza la existencia de los obstáculos que se oponen al parto, y fijar la marcha que se debe seguir. Todos convienen generalmente en que es necesario en estos casos esperar á que el trabajo puerperal esté bien declarado, que el cuello del útero haya desaparecido enteramente, y que su orificio esté bastante abierto para dar salida á la sangre que fluirá de la superficie del útero, á los cuajaronos que podrán formarse en su cavidad, y en seguida á los loquios; teniendo entendido por otra parte que deberá siempre hacerse la operacion antes de que se derramen las aguas del amnios, á fin de que por la contraccion de la matriz se reduzcan las incisiones á muy pequeña extension, y tambien para que la criatura corra menos peligro de ser herida.

Precauciones. Si la muger es robusta y pletórica, es menester hacerla una sangria de precaucion. Si fuere excesivamente nerviosa, é irritable, convendrá hacerla tomar algunos baños, y administrarla algunas pociones antiespasmódicas.

Se deberá vaciar la vejiga de la orina que contenga, evacuar el intestino recto por medio de lavativas, ó de ligeros purgantes, y rasurar los pubis.

Posicion de la muger. La muger debe estar colocada en el borde de una cama, que se habrá cubierto de antemano con sábanas dobladas; debe estar echada de espaldas, con la cabeza y el pecho algo levantados, y extendidos los miembros abdominales. Para que sobresalga mas el abdómen, es necesario colocar una almohada debajo de los lomos.

Posicion de los ayudantes. Dos ayudantes se encargarán de traer la matriz al medio del abdómen, de circunscribirla con sus manos, y separar de este modo los intestinos del sitio en que debe practicarse la operacion. Otros estarán destinados para presentar los instrumentos al operador, y auxiliarle cuando fuere menester; y otros en fin tendrán el en-

cargo de sostener á la enferma en la posicion que se la ha dado.

Método operatorio. El comadron, armado de un bisturí convexo, hace en la direccion de la línea blanca una incision que, segun Baudelocque, debe extenderse desde el ombligo hasta cerca de pulgada y media del pubis. Desormeaux advierte con este motivo, que si debe principiár la incision encima del ombligo, será necesario que pase el bisturí al lado izquierdo de esta cicatriz, á fin de evitar la lesion de las partes que importa respetar. Comenzando la incision tan arriba, se logra poder despues dividir la matriz en su parte mas elevada, y precaver de esta suerte el derrame de los loquios en el abdómen. Esta primera incision no debe comprender mas que la piel, y el tejido celular subcutáneo. En seguida el operador divide con precaucion la línea blanca hácia su parte inferior, y despues, con el bisturí de boton, guiado por el dedo índice izquierdo, la abre de abajo arriba hasta el ángulo superior de la incision de los tegumentos. Queda luego el peritoneo, que se abre del mismo modo y con las mismas precauciones.

Hecha la seccion de las paredes abdominales, uno de los ayudantes encargados de circunscribir la matriz, deprime cuanto le sea posible este órgano, á fin de acercar su fondo al ángulo superior de la herida de los tegumentos; entonces el operador divide su pared anterior hasta cerca de una pulgada del ángulo inferior de la herida del vientre, es decir, en una extension de cosa de seis pulgadas. Esta incision no debe comprender mas que las paredes de la matriz hasta las membranas, empezándola con el bisturí convexo, y terminándola con el de boton, que debe cortar de dentro á fuera y de arriba abajo. El comadron abre en seguida las membranas con mucho cuidado, y las divide absolutamente del mismo modo que las paredes del útero. Es preciso en este momento que los ayudantes tengan las paredes del vientre bien aplicadas á la matriz, á fin de que no se viertan las aguas del amnios en el peritoneo.

Si la placenta correspondiere á la abertura hecha en la matriz, será menester, como lo aconseja Baudelocque, desprenderla, y abrir las membranas por cerca de su circunferencia,

Concluida la operacion, procede el comadron á agarrar los pies de la criatura, y se termina su extraccion con las mismas precauciones que si se tratare de un parto por la via ordinaria. Durante todo este tiempo conviene que los muslos de la enferma estén doblados sobre el vientre á fin de que los labios de la herida hagan menos resistencia.

Si la cabeza se presenta naturalmente en la herida de la matriz, y no fuere expulsada por las contracciones del órgano, será necesario favorecer su salida comprimiendo el vientre por sus dos lados y á alguna distancia de la incision, ó bien introduciendo los dedos por debajo de los ángulos de la mandíbula. Si fueren las nalgas las que se presentaren, se procederá segun los mismos principios.

La expulsión de las secundinas se efectúa naturalmente por la herida, ó bien el comadron extrae la placenta tirando del cordon umbilical, ó mas bien cogiéndola por su borde á fin de que presente menos volúmen en la abertura. Debe tambien arrollar las membranas en sí mismas para que no se rasguen, y para que sigan con mas seguridad á la placenta.

Despues que están fuera las secundinas, se vacia la matriz de los cuajarones que contiene; algunas inyecciones hechas con un cocimiento emoliente tibio pueden ser en este caso de grande utilidad.

Si la matriz hubiere caido en un estado de inercia, ó se manifestare una hemorragia, será necesario, para hacer que el órgano se reduzca, darle algunas friegas por la parte exterior, ó estimular los bordes de la herida hecha en su tejido, tocándolos ligeramente con la extremidad de los dedos, ó lavándolos con oxicato.

Tratamiento despues de la operacion. El tratamiento despues de la operacion cesárea puede dividirse en local y en general.

Tratamiento local. Es preciso antes de todo desocupar el vientre de los líquidos que pudieron derramarse en él durante la operacion. Para esto basta por lo comun dar á la muger una posición conveniente, ejercer ligeras presiones sobre los lados del vientre, ó bien hacer algunas inyecciones tibias en la cavidad del peritoneo.

La herida de la matriz no exige cuidado alguno, pues se

reducé á una pequeñísima extension por la contraccion de este órgano, y se cicatriza por sí misma.

En cuanto á la herida exterior, creemos con Desormeaux que es menester reunirla por medio de dos ó tres puntos de sutura enclavijada, cuidando de dejar en su parte inferior un espacio libre que pueda dar fácil salida á los líquidos; y se puede poner en esta parte de la herida un vendaje de lienzo hilachado.

No todos los comadrones aprueban la sutura. Mr. Capuron la mira como inútil y aún peligrosa cuando la inflamacion llega á ser considerable. Algunos autores han creido que se podria muy bien reemplazar con los aglutinantes, ó bien con un simple vendaje unitivo; pero como dice Desormeaux, estos medios serian insuficientes para mantener unidos los labios de una herida tan grande hecha en paredes movibles y flojas, como lo son las del abdómen despues del parto.

Cura. Toda ella consiste en aplicar una compresa larga á cada lado de la herida, en cubrir ésta con un lienzo untado de cerato, y en colocar encima hilas y compresas cuadradas, sujetándolo todo por medio de un vendaje de cuerpo sostenido por un escapulario. Esta cura se renueva con mas ó menos frecuencia segun lo exija el caso.

Si la matriz llegare á contraer adherencias con los bordes de la herida, será menester destruirlas con cuidado, segun la opinion de Bacqua, Gardien, Mr. Capuron, &c.; pues por un lado impedirian la salida de los líquidos hácia fuera, y por otro expondrian á las mugeres á tirantezas dolorosas, hemorragias, &c.

Tratamiento general. El mismo que se sigue despues de todas las grandes operaciones de cirujía; así, las sangrias mas ó menos repetidas segun la fuerza de las enfermas y la intension de los accidentes, la quietud mas absoluta, la dieta mas severa, el uso de las bebidas diluentes, como el caldo de ternera nitrado, el de pollo, y los cocimientos de grama, de la parietaria y de linaza; las lavativas para mantener libre el vientre, &c.; tales son los medios generales que conviene emplear.

Siempre que sea posible debe la muger criar á su niño, ó al menos darle de mamar en las primeras semanas, á fin de

contrapesar cuanto se pueda, como dice Gardien, la irritacion de los órganos abdominales.

Despues de terminada la curacion debe resolverse la muger á traer puesto un cinturon para precaver las hernias consecutivas, cuyo volúmen llega á ser algunas veces muy considerable.

Resultados de la operacion.—*Relativamente á la madre.* La inflamacion de la matriz, del peritoneo y de los intestinos, la supuracion, la gáangrena, los derrámes en el vientre: tales son los accidentes que mas comunmente hacen funesta para la madre la operacion cesárea; sin embargo, los autores citan un gran número de casos felices. Baudelocque, entre otros, dice que de 111 mugeres operadas, se salvaron 48.

Relativamente á la criatura. La operacion cesárea es el medio mas suave y seguro que puede emplearse para su extraccion; es decir que jamas está expuesta al menor peligro por causa de la operacion.

ARTÍCULO V.

De la operacion cesárea vaginal.

Se llama asi la incision de la matriz al través de la vagina. La operacion consiste solamente por lo común en cortar las bridas del orificio del cuello del útero, ó en restablecerle cuando no existe; otras veces es preciso hacer la incision en la pared anterior del órgano.

La operacion cesárea vaginal se halla indicada: 1.º cuando la dureza escirrosá ó cartilaginosa del cuello del útero se opone á su dilatacion: 2.º cuando el orificio se halla enteramente obliterado: 3.º cuando por estar muy elevado el orificio, y no pudiendo traerle el comadron al centro de la pelvis, se halla de tal modo empujada hácia adelante la pared anterior de la matriz por la cabeza del feto que parece inminente una rotura: 4.º cuando por no ser aún bastante ancha la abertura del cuello para la introduccion de la mano, sobrevienen accidentes capaces de comprometer en pocos momentos la vida de la muger; 5.º por último, en el caso en que habiéndose desarrollado la matriz fuera de la pelvis no han podido dilatar su cuello los dedos del comadron.

La operacion debe practicarse sin el auxilio del *speculum*;

porque generalmente es muy fácil la introduccion de un bisturí cubierto de lienzo hasta cerca de su extremidad. El bisturí con botón, recto ó corvo, es preferible cuando se trata de dividir los bordes del orificio, en cuyo caso se hace la incision de dentro á fuera; pero cuando el cuello está obliterado, ó se trata de dividir la pared anterior del órgano, es preciso recurrir al bisturí puntiagudo, y hacer la incision de fuera á dentro, procurando en este caso no herir á la criatura al tiempo de penetrar en la matriz. Cuando la operacion consista simplemente en cortar las bridas, conviene hacer muchas incisiones para que no haya precision de profundizarlas demasiado, mas cuando haya de abrirse la pared anterior del órgano basta por lo comun una sola incision.

La operacion cesárea vaginal es fácil de practicar generalmente, y muy raras veces produce funestos resultados. Si sobreviene una hemorragia se la podrá detener fácilmente con inyecciones frias, por la introduccion de un tapon, ó por la cauterizacion hecha con el auxilio del *speculum*.

ARTÍCULO VI.

De la gastrotomia.

Se da generalmente el nombre de gastrotomia á la operacion que consiste en dividir las paredes del abdomen en un punto cualquiera de su extension.

La gastrotomia está indicada en las preñeces extra-uterinas que siguen su curso, y cuando despues de una rotura de la matriz, habiendo pasado el feto al vientre en parte ó en todo, es imposible hacerle salir por las vias naturales.

Los instrumentos y piezas de apósito necesarios para la operacion son los mismos que para la gastro-histerotomia.

La enferma debe estar situada y sostenida como en esta última operacion.

El sitio de eleccion es, segun algunos autores, el que ocupa el feto, y aquel en que forma mayor eminencia; pero en mi concepto se debe con preferencia hacer la incision en la línea blanca para evitar los accidentes de que hemos hablado al tratar de la operacion cesárea.

Mas si despues de haberse introducido la cabeza en la ex-

cavacion de la pelvis llegare á formar eminencia al través de las paredes de la vagina, será entonces necesario hacer la incision de esta última, y terminar el parto por las vias naturales.

La gastrotomía puede practicarse en un *tiempo de necesidad* y en un *tiempo de eleccion*.

El paso repentino del feto al vientre por una rotura hecha en la matriz ó en el kiste que la reemplaza, su muerte y los accidentes que puede ocasionar á la madre, son las causas que obligan en el mayor número de casos á practicar de seguida la operacion. Pero si no existe ninguno de estos accidentes, y si la preñez extra-uterina corre libremente sus periodos, ¿qué momento se escogerá para practicar la operacion? ¿Se hará antes del séptimo mes? No por cierto, pues que entonces no es viable la criatura, y ninguna cosa compensaria los peligros á que se expondría á la madre. Pero ¿se esperará el término natural de la preñez, en cuya época se manifiestan frecuentemente unos fenómenos análogos á los del parto ordinario (1)? Tampoco, porque los esfuerzos que hace entonces la naturaleza, podrían muy bien ser seguidos de hemorragia ó de convulsiones; es, pues, necesario elegir un término medio; y si yo hubiera de practicar la operacion, lo haria con preferencia hácia el medio del octavo mes.

El método operatorio es absolutamente el mismo que para la operacion cesárea, solo que en vez de abrir la matriz se penetra en la especie de kiste que contiene el producto de la concepcion. Cuando este último se encuentra inmediatamente en la cavidad del peritoneo, no hay que dividir sino las paredes del vientre.

El feto debe extraerse con las mismas precauciones que despues de la operacion cesárea.

La extraccion de las secundinas es sin disputa el punto mas difícil y peligroso de toda la operacion, porque el desprendimiento de la placenta debe necesariamente dar lugar á una hemorragia que no puede detener, como sucede en la de la matriz, la contraccion de la parte en que estaba implan-

(1) Estos fenómenos consisten en unos dolores mas ó menos vivos, durante los cuales se dilata la abertura de la matriz, y deja salir algunas mucosidades sanguinolentas.

tada. No obstante, si se considera, como dice Desormeaux, que en algunos casos se ha encontrado la placenta tan delgada que se la hubiera tenido por una membrana, y sus vasos tan pequeños que apenas podia el escabelo seguir su direccion; se verá que este desprendimiento puede no ser siempre tan peligroso como se ha creido; y por otra parte no hay inconveniente, segun digimos al tratar de las preñeces extra-uterinas, en abandonar la placenta á los esfuerzos de la naturaleza, y en esperar á que despues de haberse desprendido por sí misma, venga á presentarse en la incision de las paredes abdominales.

El tratamiento consecutivo á la operacion es absolutamente el mismo que despues de la gastro-histerotomia.

CAPÍTULO III.

DE LA EXTRACCION PRETERNATURAL DE LAS SECUNDINAS.

Causas. La hemorragia, las convulsiones, los síncope, la inercia de la matriz, la constriccion del cuello, la adherencia preternatural de la placenta, su encarceracion, su volúmen demasiado considerable, su mala posicion, el aborto, la preñez compuesta, &c.

No siempre debe ser igual la conducta del comadron: unas veces tiene que acelerar la extraccion de las secundinas, como en los casos de hemorragia, de convulsiones y de síncope; otras por el contrario puede ó debe retardarla, como cuando hay inercia en la matriz, constriccion espasmódica en el cuello, adherencia preternatural de la placenta, encarceracion de ella, &c.

§. I. De la hemorragia.

Aunque la existencia de la placenta en el interior de la matriz no tenga las mas de las veces ningun influjo en la produccion de la hemorragia que sobreviene despues de la salida de la criatura, no por eso está menos demostrado por un gran número de hechos practicos que su extraccion pronta es uno de los mejores medios que se pueden emplear contra el flujo de sangre. Bien sabemos que no todos los comadrones son de esta opinion; pero que abran los ojos y observen de buena fé,

y pronto se verán convencidos. Y por otro lado, si hay alguna cosa capaz de hacer que se reduzca la matriz, ¿no es la irritacion que produce la introduccion de la mano en su interior?

Podria, sin embargo, suceder en rigor que persistiese la hemorragia despues de la extraccion de las secundinas: entonces seria menester recurrir á los refrigerantes de toda especie, á las inyecciones frías, y aciduladas, y á la nueva introduccion de la mano en la matriz. Si estos medios no surtieren ningun efecto, y sobre todo si la enferma hubiere ya perdido una gran cantidad de sangre, será conveniente comprimir la aorta al través de las paredes abdominales. Esta compresion se hace siempre fácilmente despues del parto, á causa de la relajacion de las paredes del vientre, y basta que dure 5 ó 6 minutos para que cese todo flujo de sangre. Mr. Trehan dice en una Memoria que ha publicado, que empleó muchas veces este medio con buen éxito; y he aqui cómo se explica:

«La compresion aórtica presenta en su accion una seguridad que ningun otro medio puede ofrecer: pues suspende al instante la hemorragia, cualesquiera que sean su causa y gravedad, á pesar de la inercia de la matriz, y con la misma facilidad que se detiene el curso de la sangre en un miembro por la compresion del tronco principal. El obstáculo opuesto á la llegada de la sangre á la viscera referida suscita tal variacion en su estado actual, que sale repentinamente del entorpecimiento en que yacia, y se contrae sin el auxilio de ningun estímulo directo ó simpático.»

Tambien podrá usarse con utilidad el centeno atizonado; muchas observaciones insertas en una Memoria de Mr. Villeneuve lo prueban de un modo incontestable.

§. II. De las convulsiones.

La existencia de las secundinas en el interior de la matriz no siempre es causa de las convulsiones que sobrevienen en ciertas mugeres despues del parto. Sin embargo, no es menor la necesidad de apresurarse á extraer las secundinas, por cuánto es cosa averiguada que en ciertos casos estas convulsiones son efecto de la retencion de la placenta.

Si la extraccion de las secundinas no produjere ningun

cambio en el estado de la muger, se deberá proceder como se ha dicho en la página 137.

§. III. De los síncope.

Diremos de los síncope lo que acabamos de decir de las convulsiones. Son muy frecuentes los casos en que no dependen de la permanencia de la placenta en la matriz, y sin embargo no es menos urgente la extraccion de las secundinas, porque demuestra la experiencia que estos síncope son debidos algunas veces á la retencion de aquellas.

§. IV. De la inercia.

Las mugeres de una constitucion delicada, y las que han tenido un parto muy prolongado, son acometidas frecuentemente de inercia despues de la salida de la criatura. Si hay hemorragia al mismo tiempo, es menester darse prisa á extraer la placenta; en el caso contrario, se pueden emplear todos los demas medios capaces de restituir á la matriz el tono que ha perdido. Convienen en especial los tónicos, tomados interiormente, tales como los caldos, las gelatinas y los vinos generosos. Tampoco se debe descuidar el hacer algunas presiones con la extremidad de los dedos en el cuerpo de la matriz.

Si la inercia resistiere á estos medios, será preciso recurrir á la introduccion de la mano en la matriz, ó á la administracion del centeno atizonado: este último medio nos ha surtido muchas veces el efecto deseado.

Cuando este órgano se halla en estado de inercia, el tirar del cordon umbilical tendria los mas graves inconvenientes, y podria causar la inversion de la matriz.

§. V. De la constriccion del cuello.

La constriccion del cuello de la matriz, despues de la espulsion de la criatura, se opondrá algunas veces á la salida de la placenta. La conducta que ha de observar entonces el comadron difiere según los casos: si la constriccion es *espasmódica*, debe usar todos los remedios que pueden hacer desaparecer el espasmo, como la sangría, los baños, las inyecciones calmantes, la pomada de belladonna, y esperar en seguida

á que la matriz contrayéndose expela la placenta. En el caso contrario, sobre todo si algunos accidentes graves amenazan la vida de la madre, debe el comadron dilatar el cuello con los dedos, y proceder de seguida á la extraccion de las secundinas.

§. VI. De las adherencias preternaturales.

Las adherencias que unen la placenta á la matriz son algunas veces tan fuertes, que resisten á las contracciones del órgano; pueden ser generales, ó parciales. Hace poco tiempo que yo fuí llamado para un caso de adherencia general, que necesitó la introduccion de la mano en la matriz, y en el cual el desprendimiento de las secundinas no ofreció sin embargo grandes dificultades.

Lo mas comun es que la placenta no se adhiera al útero sino por una parte de su superficie. En el año de 1828 tuvimos ocasion de observar un caso, en el cual toda la circunferencia del cuerpo esponjoso se adheria fuertemente á la matriz, en tanto que su parte media estaba bastante separada de la misma.

Las causas de las adherencias preternaturales están muy lejos de conocerse: algunos autores han creído haberlas encontrado en las degeneraciones que presenta algunas veces la placenta; pero en el día se sabe que estas alteraciones producen un efecto enteramente contrario. Desormeaux era de opinion que estas adherencias podrian muy bien ser el resultado de una inflamación de las superficies correspondientes del útero y de la placenta.

Sea lo que fuere, hay motivo para sospechar que existe una adherencia preternatural, siempre que á pesar de las contracciones de la matriz y de algunas tracciones hechas en el cordon umbilical, se resista la placenta, y no se introduzca en el orificio del cuello.

¿*Qué conducta se debe observar en semejantes casos?* ¿Se abandonará la placenta á las fuerzas de la naturaleza, ó se la procurará extraer? Si se la deja en la matriz, podrá causar convulsiones, síncope y hemorragias; por otra parte, descomponiéndose podrá dar lugar á síntomas de mal carácter. Mejor es, por consiguiente, proceder á extraerla tan pronto

como sea posible, á pesar de algunos ejemplos que prueban que la placenta ha podido permanecer por mucho tiempo en la matriz sin ocasionar ningún accidente.

No obstante, si la adherencia de algunas porciones fuere tal que no pueda el comadron desprenderlas sin rasgar el tejido del útero, me parece que será mejor abandonarlas á la naturaleza que exponerse á producir accidentes mucho mas graves que los que se trate de evitar extrayendo completamente las secundinas; pero entonces convendrá hacer cada dia en la cavidad de la matriz inyecciones con el cocimiento de cebada ó de quina, á fin de precaver los accidentes de la reabsorcion, y tambien para favorecer la salida de las porciones de la placenta abandonadas en el interior del órgano.

Las adherencias preternaturales de la placenta ceden algunas veces como por encanto á la inyeccion de ocho ó diez onzas de agua fria acidulada en la vena umbilical; yo mismo he tenido ocasion de asegurarme de ello tanto en mi anfiteatro como en mi práctica particular.

Tambien el centeno atizonado ha producido mas de una vez los mejores efectos.

§. VII. De la encarceracion.

El enkistado ó la encarceracion de la placenta ha sido objeto de muchas disputas. Levret, Simson, Solingen, Plesmann, Leroux, &c. la han explicado cada uno á su modo; pero yo me abstendré de reproducir aquí unas discusiones que no traerian ninguna utilidad, y me atenderé á lo que hay de positivo en el asunto.

La encarceracion de la placenta depende siempre de la constriccion desigual de las fibras de la matriz despues de la salida de la criatura. El sitio del kiste varía segun el punto sobre el cual se ejerce la contraccion mas fuerte, y tambien segun la direccion de las fibras contraidas; puede encontrarse en el fondo del órgano, en uno de sus lados, ó en sus regiones anterior ó posterior. Sus dimensiones no son menos variables; asi, puede ser bastante grande para contener toda la placenta, ó puede suceder que no contenga mas que una parte de ésta.

Se conoce que la placenta está enkistada ó encarcerada

por la forma bilobulada que presenta el cuerpo de la matriz al través de las paredes abdominales, y por una contraccion circular que la introduccion de los dedos hace manifiesta. Esta contraccion separa dos cavidades, una de las cuales contiene la placenta: el cordon pasa por la abertura de comunicacion.

La encarceracion de la placenta no siempre hace que sea preternatural la salida de las secundinas; por lo cual conviene abandonar su expulsion á las contracciones de la matriz, á no ser que haya indicaciones particulares.

Pero cuando graves accidentes obligan á recurrir á los medios del arte, es preciso dilatar gradualmente la contraccion con el auxilio de los dedos introducidos uno después de otro, y extraer el cuerpo esponjoso. Mientras dure la manobra, es muy conveniente sostener con firmeza el fondo del útero con una mano aplicada al vientre de la muger.

§. VIII. Del exceso de volúmen.

El volúmen muy considerable de la placenta no puede hacer mas que retardar la expulsion de las secundinas, y con tal que el comadron no se precipite, casi siempre llega ésta á conseguirse por las contracciones uterinas, ayudadas de algunas tracciones ejercidas suavemente en el cordon umbilical. No obstante, si algun accidente obligare al comadron á procurar la pronta extraccion de las secundinas, deberá proceder á la introduccion de la mano en la matriz.

Algunas veces el obstáculo que presenta la placenta, depende solamente de la acumulacion de una gran cantidad de sangre en lo interior de las membranas: entonces es necesario dar salida al líquido perforando las membranas ó la misma placenta.

§. IX. De las presentaciones viciosas.

La mala posicion de las secundinas dificulta tambien con bastante frecuencia su expulsion. Asi cuando la placenta en vez de arrollarse en forma de barquillo, se presenta en la abertura del cuello por la parte media de su cara fetal, llega á ser casi imposible su salida, mayormente si, como sucede muchas veces, se halla acumulada una gran cantidad de san-

gre coagulada en la especie de taza que forma entonces la misma placenta en su cara opuesta.

En tales casos lo mejor es introducir dos dedos en la matriz, agarrar con ellos el borde de la placenta, y tirar de él hácia fuera: de este modo se forma una especie de canal por el que fluye á lo exterior la sangre derramada, y se obliga á la placenta á arrollarse en sí misma, como sucede en la expulsion natural de las secundinas.

§. X. Del aborto.

La expulsion de las secundinas despues del aborto ofrece por lo comun gravísimas dificultades. Ordinariamente el cordón umbilical es demasiado flojo para que pueda resistir las tracciones mas moderadas, y por otra parte, la matriz se halla muy poco dilatada para que se pueda introducir en ella la mano; por último, la abertura del cuello opone á menudo una insuperable resistencia al paso de las secundinas, mayormente cuando ha mucho tiempo que se verificó la expulsion del feto.

La conducta que se ha de observar en este caso varía segun las circunstancias: 1.º si el comadron está cerca de la muger cuando aborta, debe darse prisa, luego que ha salido el feto, á extraer las secundinas antes que el cuello tenga tiempo de reducirse. Si esta parte ofrece alguna resistencia, podrá muy bien ser suficiente tirar varias veces del cordón: en el caso contrario será preciso introducir algunos dedos en la matriz. 2.º Si ha transcurrido bastante tiempo despues de la salida del feto, ya no pueden convenir los mismos medios á causa de la resistencia que entonces ofrece el cuello de la matriz, y es de absoluta necesidad abandonar á la naturaleza la expulsion de las secundinas, á no ser que accidentes particulares obliguen á recurrir prontamente á los auxilios del arte; en este último caso procederá el comadron á agarrar la placenta con las pinzas de falso engendro de Levret. ¿No sería tambien oportuno intentar la administracion del centeno atizonado?

Si ninguno de estos medios surtiere los efectos deseados, será menester abandonar toda tentativa de expulsion de las secundinas para recurrir á los remedios mas propios para

combatir los accidentes que podrian sobrevenir á la enferma. Se prevendrán los malos efectos de la descomposicion de la placenta haciendo inyecciones detersivas en el interior mismo de la matriz.

§. XI. De las preñeces compuestas.

Como las dependencias de los fetos tienen siempre mútuas adherencias á lo menos por algunos puntos, importa mucho no proceder á la extraccion de las secundinas sino despues que han salido todos los fetos; de otro modo correria grave riesgo la vida de los que quedasen en la matriz, privándoles de toda comunicacion con su madre.

Sin embargo, si antes de este tiempo una de las placentas, enteramente separada, llegase á presentarse en el orificio de la matriz, seria muy conveniente hacer su extraccion.

Cuando el comadron quiera extraer las secundinas, deberá reunir los cordones retorciéndolos, y conducirse despues como si se tratase de una expulsion ordinaria.

§. XII. Del modo de hacer la extraccion de las secundinas.

Una de dos, ó la placenta está desprendida, ó bien adherida todavia á la matriz.

En el primer caso, si el cordon umbilical no está roto, y si presenta alguna resistencia, la extraccion es por lo comun muy fácil, y basta para efectuarla tirar algunas veces del cordon en la direccion de los ejes de la pelvis (véase *la salida natural de las secundinas*, página 112).

En el segundo caso, es decir, cuando la placenta se halla aun adherida á la superficie interna de la matriz, si no han sido suficientes los tirones dados al cordon, será de absoluta necesidad el introducir la mano en la matriz para desprenderla.

Cuando se ha llegado á la matriz se reconoce la placenta por su consistencia blanda y por los caractéres propios de su cara fetal (véase la página 87); por otra parte, cuando se la toca, la muger sufre menos que cuando se aplican los dedos inmediatamente al tejido de la matriz.

Si se encuentra desprendida una porcion de la placenta, se introduce la mano por entre esta porcion y la superficie

interna de la matriz hasta separarlas completamente. Si la placenta está aun adherida en toda su superficie, es menester comenzar por desprender uno de los puntos de su circunferencia, y seguir despues como se ha dicho antes. Cuando ya no se adhiere sino por su borde estando desprendida su parte media, se puede, á ejemplo de Baudelocque, perforar su centro, é introducir los dedos por esta abertura para desprenderla del centro á la circunferencia.

Quando la placenta se halla enteramente separada, se la extrae con la mano, lo mismo que todos los cuajarones que hayan podido formarse en el interior de la matriz.

Como es tan vasta la ciencia de los partos, nada tiene de extraño que despues de haberla recorrido en todos sus pormenores, desee el que la cultiva poder contemplar de una ojeada todo lo que encierra de mas importante y esencial. Así, las tablas sinópticas tienen la gran ventaja de reproducir en un pequeño cuadro lo sustancial de las cosas, aun las mas extensas; y esto hace que el profesor del arte pueda familiarizarse en un instante, y sin mucho trabajo, con todo lo que mas le importa conocer.

Creemos, pues, de nuestro deber poner al fin del tratado de partos, una série de tablas que contienen todo lo mas importante de la ciencia.

La 1.^a tabla está destinada á la descripcion bastante sucinta de todas las partes que sirven para la generacion, la preñez, el parto y la lactancia.

La 2.^a contiene la exposicion de las diferentes especies de preñeces, sus señales distintivas y sus diversas terminaciones.

La 3.^a tiene por objeto los fenómenos del trabajo puerperal, el mecanismo del parto natural por la cabeza, los pies, las rodillas y las nalgas; y por último, la expulsion natural de las secundinas.

La 4.^a manifiesta el grado de frecuencia de las diferentes posiciones del feto, segun las observaciones hechas en la Maternidad en 20.517 partos.

La 5.^a indica el modo de terminacion de estos 20.517 partos.

La 6.^a comprende todas las maniobras de los partos preternaturales que se pueden terminar con el auxilio de la mano sola.

La 7.^a tiene por objeto todas las maniobras que se hacen con el auxilio de los instrumentos romos, tales como el forceps, los ganchos y el lazo.

La 8.^a, en fin, contiene la exposicion de todas las operaciones que se practican con los instrumentos cortantes, tales como la embriotomia, la sinfisiotomia, la operacion cesárea y la gastrotomia.

LÁMINAS LITOGRAFIADAS.

CON el fin de hacer mis descripciones todavía mas claras, y sobre todo para favorecer el estudio á las comadres, á quienes mi libro se dirige lo mismo que á los alumnos de medicina, he añadido al texto 24 láminas litografiadas,

La 1.^a representa los principales órganos contenidos en las cavidades esplánicas.

La 2.^a manifiesta las diferentes piezas huesosas que entran en la composicion de la pelvis en el feto y en las adultas.

La 3.^a ofrece á la consideracion la pelvis en su conjunto; dispuesto todo de manera que el discípulo puede sin trabajo apreciar la disposicion de todos los ligamentos que concurren á formar el canal huesoso.

La 4.^a está destinada al estudio de los principales diámetros.

La 5.^a presenta la direccion de los ejes.

La 6.^a indica el modo con que conviene colocar el compas de espesor para medir el diámetro antero-posterior del estrecho superior.

La 7.^a representa dos pelvis mal conformadas.

La 8.^a muestra los órganos genitales externos é internos.

La 9.^a la matriz desarrollada.

La 10 los diferentes estados del cuello uterino durante la preñez.

La 11 el huevo humano en los primeros tiempos de la preñez.

La 12 un feto de cinco meses.

La 13 un esqueleto de feto.

La 14 muestra los principales diámetros de la cabeza del feto de todo tiempo.

La 15 está destinada al estudio de la circulacion del feto.

La 16 representa el feto en primera diagonal de la cabeza y de los pies.

La 17 está destinada á presentar las posiciones de las rodillas y de las nalgas.

La 18 presenta las de la espalda y de la region lateral derecha.

La 19 hace ver los diferentes grados de dilatacion del cuello de la matriz durante el trabajo del parto.

La 20 representa el forceps del autor.

La 21 manifiesta la manera con que debe aplicarse el forceps cuando la cabeza se presenta la primera, y cuando se presenta la última.

La 22 indica la manera con que el instrumento debe asir la cabeza en la enclayadura bi-parietal, y de qué modo conviene colocar el gancho cuando la criatura se presenta por las nalgas.

La 23 representa una placenta vista por sus dos caras.

Por último, la 24 presenta varios pesarios, un biberon y un pezon artificial.

NOTA. *Estas 24 láminas se hallan al fin del tomo.*

TABLA SINÓPTICA

de los principales órganos que sirven para la generacion, la preñez, el parto y la lactancia.

PARTES DURAS.	PELVIS.	<p>Conducto huesoso, compuesto en la edad adulta de cuatro piezas (los dos huesos de las caderas, el sacro y el coxis), y situado en la parte inferior del tronco, entre la columna vertebral y los fémures. Tiene la figura de un cono truncado, cuya base se dirige hácia arriba y adelante, y el vértice hácia abajo y atrás. Se divide en superficie externa, en superficie interna, en base y en vértice. La superficie externa se subdivide en cuatro regiones, una anterior, otra posterior y dos laterales. La superficie interna se subdivide en gran pelvis, en estrecho superior, en excavacion y en estrecho inferior. El estrecho superior presenta cuatro diámetros, uno antero-posterior que tiene cuatro pulgadas; otro transversal que tiene cinco en el estado seco, y cuatro en el estado fresco; y dos oblicuos que tienen cada uno cuatro pulgadas y media. El eje del estrecho superior está representado por una línea imaginaria que partiendo del ombligo de la muger fuese á terminar en la parte inferior del sacro. El estrecho inferior presenta cuatro diámetros que tienen cada uno cuatro pulgadas de extension; el antero-posterior puede llegar á tener cinco pulgadas, por el retroceso del coxis. El eje del estrecho inferior se halla representado por una línea imaginaria que, partiendo de la tercera pieza del sacro, pasase por entre las tuberosidades del isquion hácia su parte anterior. El arco de los pubis tiene de quince á veinte líneas de ancho por arriba, dos pulgadas y media en el medio, y cuatro pulgadas por abajo.</p>
	ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS.	<p>Monte de Venus, vulva, grandes y pequeños labios, clítoris, vestibulo, meato urinario, entrada de la vagina, himen, carúnculas mirtiformes, fosa navicular, horquilla y perineo.</p>
	ÓRGANOS GENITALES INTERNOS.	<p>VAGINA. Conducto membranoso de cinco á seis pulgadas de largo y una de ancho, capaz de una gran dilatacion, y que establece comunicacion entre las partes genitales externas y las internas. Situado en el centro de la pequeña pelvis; unido por su extremidad superior á la matriz; abierto por su extremidad inferior en la parte posterior de la vulva. Compuesto de una membrana célulo-vascular y de otra mucosa, de arterias, de venas, &c.; circuido inferiormente de un tejido esponjoso erectil y de dos músculos que se llaman constrictores.</p>
PARTES BLANDAS.		<p>MATRIZ. Uno de los principales órganos de la generacion, que sirve especialmente para la gestacion y el parto. Situado en la pequeña pelvis, entre la vejiga y el recto, debajo de los intestinos delgados y encima de la vagina. Tiene la figura de una pera aplastada de adelante atrás; y se divide en superficie externa y en superficie interna. La superficie externa se subdivide en dos regiones, una anterior y otra posterior; en tres bordes, uno superior y dos laterales; en tres ángulos, dos superiores y laterales que dan insercion á los ligamentos redondos, á las trompas uterinas, y á los ligamentos de los ovarios, y uno inferior que se llama hocico de tenca. La superficie interna presenta dos cavidades, la del cuerpo y la del cuello, separadas una de otra por una estrechez que se denomina orificio interno. La matriz está compuesta de tres membranas, una exterior suministrada por el peritoneo, otra media ó tejido propio, y otra interna ó mucosa. Dimensiones. La matriz tiene tres pulgadas de largo, dos de ancho y una de espesor.</p>
		<p>TROMPAS UTERINAS. Conductos vermiformes de cuatro á cinco pulgadas de largo, que nacen de los ángulos superiores de la matriz, y ponen en comunicacion esta última con los ovarios. Se componen de los mismos elementos que la matriz.</p>
		<p>OVARIOS. Cuerpos ovoideos unidos á la matriz por un ligamento particular. Se componen de dos membranas y de un tejido propio, y contienen, en su interior, quince ó veinte vejiguillas llenas de un líquido claro.</p>
		<p>LIGAMENTOS ANCHOS. Pliegues del peritoneo destinados á sostener la matriz en el sitio que ocupa; divididos en dos caras, una anterior y otra posterior; y en cuatro bordes, uno superior, otro inferior y dos laterales. El primero contiene en cada lado el ligamento redondo, la trompa y el ovario.</p>
		<p>LIGAMENTOS REDONDOS. Cordones blanquizcos que nacen de los ángulos superiores de la matriz, y se dirigen á las regiones inguinales, pasando al traves de los anillos del bajo vientre.</p>
	MAMAS.	<p>Organos secretorios de la leche, situados en la parte anterior del pecho, y que presentan en su centro una aréola de color rosa, de cuyo medio se eleva el pezon, en el que se distingue el orificio de los vasos galactóforos. Compuestos: 1.º de una cubierta cutánea; 2.º de grasa; 3.º de una glándula; 4.º de vasos; 5.º de nervios.</p>

TABLA SINÓPTICA DE LA PREÑEZ.

LA PREÑEZ SE DIVIDE EN

UTERINA.
Se llama así cuando el producto de la concepcion se desarrolla dentro del útero.

- SIMPLE..... { Cuando la matriz no contiene mas que un solo feto.
- COMPUESTA... { Cuando la matriz contiene dos ó mas fetos.
- COMPLICADA.. { Cuando la matriz contiene, ademas del feto, una grande cantidad de agua, una mola, un pólipo, hidátides, &c.

EXTRA-UTERINA.
Llámase así cuando el producto de la concepcion se desarrolla fuera de la cavidad del útero.

- TUBARIA..... { Cuando el producto de la concepcion se desarrolla en lo interior de la trompa.
- OVARIA..... { Cuando el producto de la concepcion se desarrolla en lo interior del ovario.
- ABDOMINAL.... { Cuando el producto de la concepcion se desarrolla dentro de la misma cavidad del vientre.
- INTERSTICIAL.. { Cuando el producto de la concepcion se desarrolla en el espesor de las paredes de la matriz.

SEÑALES DE LAS PREÑECES UTERINAS.

- RACIONALES.
 - 1.º Supresion de la regla.
 - 2.º Aumento del volumen de la matriz y del vientre.
 - 3.º Desórdenes mas ó menos notables en la digestion, las secreciones, la respiracion, la circulacion, la nutricion, la locomocion y las facultades intelectuales y sensoriales.
- CERTAS.
 - 1.º Los movimientos activos del feto.
 - 2.º El movimiento á manera de pelota.
 - 3.º Los latidos del corazon del feto.

SEÑALES DE LAS PREÑECES EXTRA-UTERINAS.

- RACIONALES.
 - Al principio del embarazo las mugeres experimentan los mismos fenómenos que en la preñez uterina; de modo que es necesario aguardar algun tiempo para tener datos mas ciertos sobre la especie de preñez existente.
- CERTAS.
 - La desproporcion que hay entre el volumen de la criatura y el de la matriz, que se echa con frecuencia á un lado ó á otro de la pelvis.

TERMINACION DE LAS PREÑECES UTERINAS.

La preñez uterina, cualquiera que sea su especie, termina siempre por el parto, que se verifica ordinariamente al cabo de nueve meses, algunas veces mas temprano, y otras mas tarde. En ciertos casos el arte debe suplir á la naturaleza.

TERMINACIONES DE LAS PREÑECES EXTRA-UTERINAS.

Las preñeces extra-uterinas pueden terminar, 1.º por la rotura del kiste que contiene el producto de la concepcion, y por el paso de este último á la cavidad abdominal: la muerte de la madre es casi siempre la consecuencia inevitable de esta terminacion; 2.º por la muerte del feto y su desecacion en el kiste que le contiene; 3.º por la putrefaccion del feto, que se abre paso por los intestinos, las vias urinarias, la vagina ó las paredes abdominales; 4.º en ciertos casos, se extrae el feto por la operacion de la gastrotomia.

FALSA PREÑEZ.—Sin razon se dió este nombre á ciertas enfermedades, que produciendo el desarrollo del útero y del vientre, simulan hasta cierto punto la preñez.

TABLA SINÓPTICA DEL PARTO NATURAL.

LLámase *Parto natural* el que termina por las fuerzas solas de la naturaleza. Su época ordinaria es el fin del noveno mes (270 días); sin embargo algunas veces se verifica antes de este término, como á los dos ó tres meses (*Parto falso, aborto*), á los siete ú ocho meses (*Parto prematuro*); otras no tiene lugar sino despues de pasados los nueve meses (*Parto tardío*).

Para que el parto termine naturalmente, son necesarias, 1.^o *de parte de la madre*, una pelvis bien conformada, fuerzas suficientes, y la falta de toda especie de accidente; 2.^o *de parte del feto*, una buena conformacion, una posicion favorable, y tambien la falta de accidentes.

<p>1.^o</p> <p>DOLORES</p>	<p>{</p>	<p>Son <i>verdaderos ó falsos</i>. Los primeros dependen de las contracciones de la matriz, y sirven para la expulsion del feto; los segundos son enteramente agenos del parto.</p>
<p>2.^o</p> <p>DILATACION DEL CUELLO, FORMACION Y ROTURA DE LA BOLSA DE LAS AGUAS.</p>	<p>{</p>	<p><i>La dilatacion del cuello</i> de la matriz es el efecto inmediato de las contracciones del órgano. Generalmente es menos pronta al principio del trabajo puerperal que al fin, y siempre es mas lenta en el primer parto que en los que le siguen. A medida que se abre el cuello, <i>se forma la bolsa de las aguas</i>; y cuando la dilatacion es completa, <i>se rompen las membranas</i>, y se derraman las aguas del amnios.</p>
<p>Entonces el feto, comprimido por todas partes, se introduce en la pelvis, que atraviesa siguiendo la direccion que vamos á describir:</p>		
<p>3.^o</p> <p>EXPULSION DEL FETO.</p>	<p>{</p>	<p>PRIMERA POSICION. El occipucio corresponde á la cavidad cotiloidea izquierda, y la frente á la sinfisis sacro-iliaca derecha. <i>Mecanismo.</i> Comprimida <i>la cabeza</i> por las contracciones uterinas se dobla sobre el pecho, y entra luego en la excavacion de la pelvis. Así que llega cerca del estrecho inferior, experimenta un movimiento de rotacion por el cual el occipucio se sitúa debajo del arco de los pubis, y la cara en la corvadura del sacro. La cabeza dilata gradualmente la vulva que atraviesa para volver á tomar sus relaciones naturales con el tronco. <i>Los hombros</i> se introducen oblicuamente en el estrecho superior, recorren la excavacion de la pelvis, y experimentan pronto á su vez un movimiento de rotacion que coloca uno de ellos debajo de los pubis, y el otro en la corvadura del sacro. Luego que han salido fuera los hombros, el resto del cuerpo es expulsado con una gran rapidez á causa del adelgazamiento progresivo del feto.</p> <p>SEGUNDA POSICION. El occipucio corresponde á la cavidad cotiloidea derecha, y la frente á la sinfisis sacro-iliaca izquierda. <i>El mismo mecanismo</i> que en la primera posicion, excepto que los movimientos de rotacion se efectúan en direccion inversa.</p> <p>TERCERA POSICION. El occipucio corresponde á la sinfisis sacro-iliaca derecha, y la frente á la cavidad cotiloidea izquierda. <i>Mecanismo.</i> <i>La cabeza</i> se dobla sobre el pecho, se introduce en la excavacion, y experimenta luego un movimiento de rotacion por el cual la cara se sitúa debajo del arco de los pubis, y el occipucio en la corvadura del sacro. Recibiendo entonces el occipucio todas las contracciones uterinas, se acerca gradualmente á la vulva, que atraviesa, doblándose hácia atras, al mismo tiempo que la cara se desprende de debajo de los pubis. Así que está fuera la cabeza, vuelve á tomar sus relaciones naturales con el tronco. <i>Los hombros</i> y demas partes del cuerpo se desprenden como en la primera posicion.</p> <p>CUARTA POSICION. El occipucio corresponde á la sinfisis sacro-iliaca izquierda, y la frente á la cavidad cotiloidea derecha. <i>El mismo mecanismo</i> que en la tercera posicion, excepto que los movimientos de rotacion se efectúan en direccion inversa.</p>
<p>4.^o</p> <p>SALIDA DE LAS SECUN- DINAS</p>	<p>{</p>	<p>PRIMERA POSICION. Los talones corresponden á la cavidad cotiloidea izquierda, y los dedos de los pies á la sinfisis sacro-iliaca derecha. <i>Mecanismo.</i> Comprimidos <i>los pies</i> por las contracciones uterinas, atraviesan sin dificultad la excavacion y el estrecho inferior de la pelvis. <i>Las nalgas</i> se introducen oblicuamente en el estrecho superior, llegan á la excavacion, y experimentan antes de salir un movimiento de rotacion que sitúa una de las caderas debajo de los pubis, y la otra en la corvadura del sacro. Luego que han salido las nalgas, vuelven á tomar su primera posicion; el tronco se introduce á su vez, quedando aplicados los brazos á las partes laterales, ó alzándose hasta situarse á los lados de la cabeza. <i>Los hombros</i> atraviesan oblicuamente el estrecho abdominal, recorren la excavacion, y experimentan, antes de salir, un movimiento de rotacion que coloca uno de ellos debajo del pubis, y el otro en el sacro. Así que estan fuera los hombros, vuelven á tomar su primera posicion. Llegada <i>la cabeza</i> al estrecho superior, se dobla sobre el pecho, entra en la excavacion, da vuelta en el estrecho inferior, y atraviesa la vulva estando el occipucio encima y la cara debajo.</p> <p>SEGUNDA POSICION. Los talones corresponden á la cavidad cotiloidea derecha, y los dedos de los pies á la sinfisis sacro-iliaca izquierda. <i>El mismo mecanismo</i> que en la primera, solo que los movimientos de rotacion se hacen en direccion inversa.</p> <p>TERCERA POSICION. Los talones corresponden á la sinfisis sacro-iliaca derecha, y los dedos de los pies á la cavidad cotiloidea izquierda. <i>El mismo mecanismo</i> que en la primera posicion, con esta diferencia, que la cara viene hácia arriba.</p> <p>CUARTA POSICION. Los talones corresponden á la sinfisis sacro-iliaca izquierda, y los dedos de los pies á la cavidad cotiloidea derecha. <i>El mismo mecanismo</i> que en la segunda, solo que la cara viene hácia arriba.</p>
<p>DEL TRABAJO DEL PARTO NATURAL.</p>	<p>{</p>	<p>EL MECANISMO DEL PARTO NATURAL en las cuatro posiciones de las rodillas y de las nalgas es el mismo que en las posiciones correspondientes de los pies.</p>
<p>La salida de las secundinas es la expulsion de la placenta y sus dependencias fuera del seno de la muger. A medida que adelanta el trabajo puerperal y que se reduce la matriz, al expeler el feto, se desprende la placenta, se arrolla en forma de barquillo, y se presenta en el orificio del cuello, que tarda poco en pasar. El momento en que va á efectuarse dicha expulsion se anuncia ordinariamente por medio de nuevas contracciones uterinas, que sobrevienen pasado mas ó menos tiempo despues que ha sido expelido el feto.</p>		

TABLA SINÓPTICA

que manifiesta el grado de frecuencia de las diferentes posiciones del feto, segun las observaciones hechas en el Hospicio de la Maternidad en 20.517 partos.

(Extracto del Memorial del Arte de los partos, POR MADAMA BOIVIN).

EXTREMIDAD CEFALICA.	LA CABEZA se ha presentado por su vértice.	19,730 veces, á saber:	15,715 veces en primera posicion.
			3,701 en segunda posicion.
EXTREMIDAD PELVIANA.	LOS PIES se han presentado.	234 veces, á saber:	109 en tercera posicion.
			92 en cuarta posicion.
EXTREMIDAD PELVIANA.	LAS RODILLAS.	4 veces, á saber:	6 correspondiendo el occipucio á la sínfisis de los pubis, y la frente al ángulo sacro-vertebral.
			2 correspondiendo el occipucio al ángulo sacro-vertebral, y la frente á la sínfisis de los pubis.
EXTREMIDAD PELVIANA.	LAS NALGAS.	373 veces, á saber:	2 mirando directamente el occipucio á uno de los lados de la pelvis.
			103 posiciones no pudieron determinarse.
EXTREMIDAD PELVIANA.	LAS NALGAS.	373 veces, á saber:	135 veces en primera posicion.
			86 en segunda posicion.
EXTREMIDAD PELVIANA.	LAS NALGAS.	373 veces, á saber:	7 correspondiendo los talones al pubis, y los dedos de los pies al sacro.
			6 correspondiendo los talones al sacro, y los dedos de los pies al pubis.
EXTREMIDAD PELVIANA.	LAS NALGAS.	373 veces, á saber:	1 vez en primera posicion.
			2 mirando la parte anterior de las piernas al pubis, y la de los muslos al sacro.
EXTREMIDAD PELVIANA.	LAS NALGAS.	373 veces, á saber:	1 en posicion indeterminada.
			217 veces en primera posicion.
EXTREMIDAD PELVIANA.	LAS NALGAS.	373 veces, á saber:	140 en segunda posicion.
			6 mirando la parte posterior de las nalgas al pubis, y la de los muslos al ángulo sacro-vertebral.
EXTREMIDAD PELVIANA.	LAS NALGAS.	373 veces, á saber:	10 mirando la parte posterior de las nalgas al ángulo sacro-vertebral, y la de los muslos al pubis.
TOTALES.		20,341.	20,341
REGION ANTERIOR.	{	LA CARA (1).	74
			EL VIENTRE.
REGION POSTERIOR.	{	LA ESPALDA.	3
			LOS LOMOS.
REGION LATERAL DERECHA.	{	LA OREJA.	1
			EL HOMBRO.
REGION LATERAL IZQUIERDA.	{	EL COSTADO.	2
			LA CADERA.
REGION LATERAL IZQUIERDA.	{	LA OREJA.	5
			EL HOMBRO.
REGION LATERAL IZQUIERDA.	{	EL COSTADO.	1
			LA CADERA.
TOTAL.			176
TOTAL GENERAL.			20,517

NOTA. Segun esta exposicion, es claro que las regiones anterior y posterior del tronco del feto pueden, en ciertos casos, presentarse en el estrecho superior de la pelvis. Sin razon, pues, han intentado algunos autores demostrar la imposibilidad de estas presentaciones.

(1) Téngase presente que para simplificar la maniobra de los partos preternaturales, creimos oportuno no separar las posiciones de la cara, ni tampoco las de las regiones occipital y temporales de las del tronco propiamente dicho (Véase pág. 185).

TABLA SINÓPTICA

que indica el modo de terminacion de los 20.517 partos, expuestos en la tabla precedente.

(MEMORIAL DE LOS PARTOS).

NÚMERO TOTAL DE PARTOS 20.517.

DE ESTE NÚMERO. . . . { El parto terminó naturalmente. 20.183 veces.
El parto ha sido preternatural. 334 veces.

218 fueron terminados con el auxilio de la mano sola.
96 — con el auxilio del forceps.

16 — por medio de la perforacion del cráneo despues de la muerte del feto.

{ 1 vez por hidrocéfalo.
14 veces por vicios de conformacion en la pelvis de la madre.

2 — por medio de la sinfisiotomia.

{ La pelvis no tenia mas que dos pulgadas y media de adelante atrás.

{ En el primer caso, rotura de los ligamentos sacro-ciáticos.—Inflamacion del útero.—Muerte de la madre.—Criatura muerta y podrida.

{ En el segundo caso pereció la criatura durante la extraccion, y sobrevivió la madre.

DE ESTOS 334 PARTOS PRETERNATURALES. . . .

2 — por medio de la gastrotomia.

{ Una vez por una preñez extra-uterina tubaria.

{ La criatura estaba muerta hacia pocos dias.

{ Murió la madre al cabo de cuarenta horas.

{ La segunda operacion fué practicada á consecuencia de una rotura de la matriz.

{ La criatura estaba viva, y la madre pereció al cabo de veinte y cuatro horas.

RESULTADOS DE LAS MANIOBRAS CON RESPECTO Á { 243 criaturas nacieron vivas.

LA CRIATURA. { 91 — nacieron muertas. . . . { 23 estaban en putrefaccion.
68 perecieron durante el parto.

TABLA SINÓPTICA DE LOS PARTOS PRETERNATURALES.

(MANIOBRAS CON EL AUXILIO DE LA MANO SOLA).

Cualquiera que sea la posición que ocupe el feto, el parto debe siempre terminarse por los pies, siempre que se manobra con el auxilio de la mano sola.

POSICIONES DE LOS PIES.	}	EN EL ESTRECHO SUPERIOR Y EN EL ESTRECHO INFERIOR.	<p><i>Los pies pueden presentarse en el estrecho superior y en el inferior de la pelvis.</i> <i>Elección de la mano.</i> Depende de las relaciones del feto. Para ir á coger los pies, se emplea la mano derecha cuando se dirigen los talones á la izquierda de la madre, y la mano izquierda cuando se dirigen á la derecha. SE TERMINAN SIEMPRE EN PRIMERA Ó EN SEGUNDA (debiendo reducirse todas las posiciones de la mitad izquierda de la pelvis á la primera, y todas las de la mitad derecha á la segunda). MANIOBRA. Es la misma en el estrecho superior y en el inferior. El comadron tira sucesivamente hácia fuera de los pies, de las piernas y de los muslos. Comunica á las nalgas un movimiento de rotacion para colocar una de las caderas debajo del arco de los pubis, y la otra en la corvadura del sacro. Forma una asa del cordon umbilical, y despues extrae el tronco, comunicándole alternativamente movimientos de elevacion y de depression. Cuando los sobacos están á punto de aparecer en la vulva, procede á la extraccion de los miembros torácicos, cuidando de empezar por el que está detras. Dobla en seguida la cabeza sobre el pecho; la introduce en la excavacion; le hace ejecutar su movimiento de rotacion, y la extrae comunicándole movimientos laterales, y levantándola.</p>
POSICIONES DE LAS RODILLAS.	}	EN EL ESTRECHO SUPERIOR. EN EL ESTRECHO INFERIOR.	<p>ELECCION DE LA MANO. Cuando los pies se dirigen á la izquierda de la madre, se introduce la mano derecha, y <i>vice-versa</i>. MANIOBRA. Va de seguida el comadron á buscar los pies, que extrae sucesivamente, comenzando siempre por el que está encima. Despues que han salido los miembros, se conduce como se dijo para las posiciones de los pies.</p> <p>Se extraen las rodillas por medio de un lazo puesto en la corva que está encima. Una vez extraidos los miembros, se continúa la manobra como en las posiciones de los pies.</p>
POSICIONES DE LAS NALGAS.	}	EN EL ESTRECHO SUPERIOR. EN EL ESTRECHO INFERIOR.	<p>Quando las nalgas se hallan todavía en el estrecho superior, conviene empujarlas, é ir de seguida en busca de los pies. ELECCION DE LA MANO. Cuando los miembros abdominales se dirigen á la izquierda de la madre, se emplea la mano derecha, y <i>vice-versa</i>. MANIOBRA. El comadron coge las nalgas con toda la mano; las empuja hácia la fosa iliaca del lado á que corresponde la mano introducida en las partes, al mismo tiempo que con la otra, puesta sobre el vientre de la madre, inclina el fondo de la matriz hácia el lado opuesto. Recorre en seguida con la mano los miembros abdominales, que extrae sucesivamente, empezando siempre por el que está encima. Extraidos ya los dos miembros, termina la manobra como en las posiciones de los pies.</p> <p>Casi siempre es necesario hacer uso de uno ó de muchos ganchos romos (Véase la TABLA 7.^a).</p>
POSICIONES DE LA CABEZA.	}	EN EL ESTRECHO SUPERIOR. EN EL ESTRECHO INFERIOR.	<p>Quando la cabeza está todavía en el estrecho superior, aunque muchas veces sea mas conveniente aplicar el forceps, puede, sin embargo, el comadron dar vuelta al feto, y terminar el parto con el auxilio de la mano sola. ELECCION DE LA MANO. Siempre se introduce la que corresponde en nombre á la region lateral del feto que está dirigida hácia atras. MANIOBRA. Cogé el comadron la cabeza con toda la mano, y la empuja hácia la fosa iliaca del lado á que corresponde la mano que se encuentra en las partes, al mismo tiempo que con la otra, puesta sobre el vientre de la madre, inclina el fondo del útero hácia el lado opuesto. Hecho esto, recorre con la mano toda la region lateral del feto hasta llegar á las extremidades, que extrae, como se ha dicho anteriormente: termina en seguida la manobra como en la posición correspondiente de los pies.</p> <p>Siempre es preferible aplicar el forceps. Mas si hubiere precision de terminar el parto con la mano sola, maniobrá el comadron segun acaba de decirse para el estrecho superior.</p>
POSICIONES DEL TRONCO.	}	EN EL ESTRECHO SUPERIOR.	<p>Todas las posiciones del tronco, cualquiera que sea la region que se presente en el orificio de la matriz, exigen constantemente que se cumpla una ú otra de las dos indicaciones siguientes: 1.^a <i>Reducir al centro del estrecho superior la extremidad del feto mas inmediata á él;</i> 2.^a <i>recorrer una de las regiones laterales del feto para ir en busca de los pies.</i> MANIOBRA PARA CUMPLIR LA PRIMERA INDICACION. Siempre que la extremidad que se encuentra mas próxima al estrecho superior está á la izquierda de la madre, la reduce el comadron al centro <i>con la mano derecha, y vice-versa.</i> Una vez situado el feto como corresponde, se abandona el parto á la naturaleza, á no ser que sobrevengan accidentes. MANIOBRA PARA CUMPLIR LA SEGUNDA INDICACION. El comadron introduce en las partes la mano derecha cuando los pies están á la izquierda, y <i>vice-versa</i>. Una vez extraidos estos, abandona el parto á la naturaleza, ó le termina segun sea el caso. Quando se trata de una <i>posición lateral con salida de un brazo</i>, el comadron fija este último por medio de un lazo; recorre con la mano el lado del feto que se dirige hácia abajo, y va en busca de los pies. Despues se conduce como de ordinario; solo que de tiempo en tiempo tira del brazo, á fin de extraerle al mismo tiempo que el tronco.</p>

TABLA SINÓPTICA DE LOS PARTOS PRETERNATURALES.

(MANIOBRAS CON EL AUXILIO DE INSTRUMENTOS ROMOS).

- La cabeza es la única parte del feto á que debe aplicarse el forceps.
- El forceps puede aplicarse en el estrecho superior y en el inferior de la pelvis.
- La cabeza debe agarrarse, en cuanto sea posible, por sus partes laterales y en su diámetro occipito-mental.
- De cualquier modo que se presente la cabeza (por el vértice, por la cara, ó por la base), que esté detenida en el estrecho superior, ó en el inferior de la pelvis, se aplica siempre el forceps segun las mismas reglas.

REGLAS PARA LA APLICACION DEL FORCEPS.

1.º En todas las posiciones directas, se introduce primeramente la rama izquierda con la mano izquierda, y en seguida la rama derecha con la mano derecha.

2.º En todas las posiciones diagonales, se atiende á la extremidad del diámetro antero-posterior de la cabeza que se encuentra hácia adelante. Así, cuando el occipucio ó la frente corresponde á la cavidad cotiloidea izquierda, se introduce primero la rama derecha con la mano derecha, y en seguida la rama izquierda tambien con la mano derecha; porque en todas las diagonales conviene aplicar las dos ramas con la misma mano. Por el contrario, cuando el occipucio ó la frente corresponde á la cavidad cotiloidea derecha, se introduce primero la rama izquierda con la mano izquierda, y despues la rama derecha tambien con la mano izquierda.

Cada rama del forceps debe dirigirse con el auxilio de una mano introducida con anticipacion en las partes: esta mano debe colocarse entre la matriz y la cabeza en las posiciones del estrecho superior, y entre la vagina y la cabeza en las del estrecho inferior.

DEL FORCEPS.

APLICACION DEL FORCEPS A LA CABEZA, ESTANDO EL TRONCO TODAVIA EN LA MATRIZ.

POSICIONES DEL VÉRTICE.

ESTRECHO SUPERIOR.

- Posiciones directas.* Teniendo el comadron agarrada la cabeza segun las reglas prescritas, la empuja ligeramente hácia la parte superior del estrecho; la coloca diagonalmente, y la trae en seguida al estrecho inferior para terminar el parto como se dirá mas abajo (*Veanse las posiciones del estrecho inferior*).
- Posiciones diagonales.* En estas trae de seguida la cabeza á la excavacion de la pelvis, y se conduce en lo demas como va á decirse en el estrecho inferior.

ESTRECHO INFERIOR.

- Posiciones directas.* Despues de aplicado el forceps, comunica á la cabeza movimientos laterales bajándola al principio, despues la extrae levantando el mango del instrumento cuando la cara está debajo, y bajándole cuando está encima.
- Posiciones diagonales.* Aplicadas convenientemente las ramas del forceps, comunica á la cabeza su movimiento de rotacion, que convierte la posicion en una directa; y despues se conduce como en esta última posicion.

ENCLAYADURA Ó ENCAJE.

- La cabeza no está verdaderamente enclavada sino cuando no puede adelantar ni retroceder. Puede enclavarse en el estrecho superior de la pelvis, en la excavacion, y aun en el estrecho inferior. Segun su longitud y segun su espesor.
- Segun la longitud.* El comadron aplica el forceps como en las posiciones directas; y procura extraer la cabeza en la posicion que presenta.
- Segun el espesor.* Aquí casi siempre tiene precision de aplicar las ramas del forceps una á la cara y otra al occipucio. Tira en seguida de la cabeza, y la extrae conforme á las reglas prescritas.

POSICIONES DE LA CARA.

- El comadron introduce las ramas del forceps segun las mismas reglas que en las posiciones del vértice; pero una vez aplicado el instrumento, es necesario, en todos los casos, empujar la cabeza hácia la parte superior del estrecho para dejarla mas libre, y poderla imprimir mas fácilmente el movimiento de báscula, por el cual debe traerse su vértice hácia abajo. Hecho esto, se conduce el comadron, en todo lo demas, como en las presentaciones del vértice.

APLICACION DEL FORCEPS A LA CABEZA, ESTANDO EL TRONCO FUERA.

Las mismas posiciones que por el vértice; las mismas reglas para la aplicacion del forceps; las mismas precauciones para la extraccion del feto. Durante la maniobra, un ayudante debe sostener el tronco con cuidado, y hacerle seguir todos los movimientos que el comadron comunica á la cabeza.

DE LA PALANCA. { Se usaba mucho antiguamente la palanca para enderezar la cabeza del feto cuando se presentaba por la cara; pero como en el dia se ha conocido que la aplicacion de este instrumento es difícil, poco segura y aun peligrosa, le substituye casi siempre el forceps.

DE LOS GANCHOS ROMOS. { Cuando las manos solas no bastan para extraer el feto, se emplean los ganchos romos, que se aplican á la flexura de ciertas articulaciones, como las del sobaco, de la ingle, de la corva, &c. Antes de proceder á su aplicacion, se prepara la via con el indice de una de las manos. Una vez aplicados los ganchos romos, representan las extremidades en que se encuentran colocados, y deben ser cogidos cada uno con la mano del lado á que corresponde la extremidad que el gancho abraza.

DEL LAZO. { El lazo no es otra cosa mas que una cinta de hilo de unas dos varas de largo, de que mas comunmente se hace uso para fijar un miembro del feto que se ha logrado sacar afuera. Cuando el comadron quiere aplicarle, forma con él un nudo corredizo, que hace en seguida deslizar por el miembro que intenta mantener fijo.

 { A veces se vale tambien del lazo para extraer las rodillas en el estrecho inferior de la pelvis. En este caso, fija el medio de la cinta en la extremidad del dedo indice de una de las manos, y le aplica con preferencia á la corva que está encima. Colocado ya el lazo, representa la extremidad que abarca, y debe agarrarse con la mano del lado á que corresponde esta extremidad.

TABLA SINÓPTICA DE LOS PARTOS PRETERNATURALES.

(MANIOBRAS CON EL AUXILIO DE LOS INSTRUMENTOS CORTANTES).

Cuando el comadron se sirve de los instrumentos cortantes para terminar un parto preternatural, se propone generalmente ó bien disminuir el volúmen del feto, ó bien ensanchar la pelvis de la madre, ó bien abrir un camino artificial á la criatura.

DE LA
EMBRIOTOMIA.

La embriotomía consiste, las mas veces, en dividir las paredes del craneo del feto, para disminuir su volúmen; la operacion se llama entonces *cefalotomía*. Pero otras es menester introducir en la matriz instrumentos cortantes para destrozár, en cierto modo, el feto, á fin de poder en seguida extraerle á pedazos; entonces es cuando la operacion recibe mas particularmente el nombre de *embriotomía*.

La embriotomía está indicada siempre que, hallándose muerta la criatura, ó padeciendo una enfermedad mortal, la pelvis de la madre es demasiado estrecha para que se pueda terminar el parto por medio de la mano ó del forceps. Debe tambien practicarse siempre que la madre no quiera sujetarse á ninguna operacion.

La embriotomía está contraindicada, 1.º cuando la criatura se halla buena; 2.º cuando es tan estrecha la pelvis de la madre que no se podrían introducir en la matriz los instrumentos necesarios para la operacion sin grave riesgo de su vida.—Una vez reducidas las partes del feto, se abandona el parto á la naturaleza, si la matriz se contrae bien, y si la muger no tiene ningun accidente: en el caso contrario, se recurre al forceps ó á los ganchos.

Se da el nombre de *sinfisiotomía* á la operacion que consiste en dividir la sínfisis de los pubis para agrandar los diámetros de la pelvis, y hacer que el parto pueda terminarse por las vias naturales.

La sinfisiotomía está indicada, 1.º siempre que, *viciando la criatura*, la pelvis no presenta en su diámetro antero-posterior mas que dos pulgadas y media á tres de extension; 2.º cuando, por ser angosto el estrecho inferior, han sido insuficientes la mano y el forceps; 3.º cuando la cabeza está enclavada; 4.º cuando el arco de los pubis es muy estrecho, ó la sínfisis muy larga; 5.º cuando en la pelvis existen ciertos tumores que la obstruyen en parte; 6.º finalmente, cuando el útero está enclavado, como puede suceder en la retroversion.

La sinfisiotomía está contraindicada, 1.º cuando se halla muerta la criatura; 2.º cuando la pelvis presenta menos de dos pulgadas y media; 3.º cuando las sínfisis están osificadas; 4.º por último, cuando la muger no quiere sujetarse á la operacion.

De la separacion posible. Cuando se practica la operacion, se puede producir, sin grandes inconvenientes, una separacion entre los pubis de dos pulgadas y tres ó cuatro líneas.

Ventajas de la operacion. Una pulgada de separacion da dos líneas de adelante atrás; dos pulgadas y tres ó cuatro líneas dan cerca de media pulgada; la eminencia parietal que se encuentra hácia adelante, viene á alojarse en el hueco que dejan entre sí los huesos pubis, lo que proporciona tambien un beneficio de tres ó cuatro líneas.

Tiempo en que conviene operar. Cuando el cuello está enteramente dilatado y los dolores son bastante fuertes para expeler el feto.

Método operatorio. Despues de situada convenientemente la muger, desocupada su vejiga y rasurado su empeine, hace el comadron en la parte anterior de la sínfisis una incision que empieza á cosa de una pulgada encima de los huesos del pubis, y se extiende hácia abajo y á la izquierda hasta debajo de la insercion del clítoris en el arco pubiano. Divide sucesivamente la piel, el tejido celular subcutáneo, la línea alba, el fibro-cartilago inter-articular, y los demas ligamentos de la articulacion; en fin, la rama izquierda del clítoris. Desvía la uretra de debajo del corte del instrumento, dirigiéndole hácia abajo y á la derecha por medio de una sonda introducida en su conducto.—Una vez hecha la operacion, abandona el parto á la naturaleza, ó le termina segun fuere el caso.—En seguida une las superficies articulares por medio de un vendaje puesto al rededor de la pelvis, y obliga á la enferma á guardar cama por espacio á lo menos de seis semanas. Si sobrevienen accidentes inflamatorios, les opondrá el tratamiento antiflogístico. Importa mucho que la muger crie.

Resultados de la operacion. De 41 mugeres operadas, 14 sucumbieron y 27 sobrevivieron.—13 criaturas nacieron vivas y 28 muertas.

Llámase operacion *cesarea* la incision hecha en las paredes del vientre y en las de la matriz para extraer la criatura, cuando no puede atravesar la pelvis.

La operacion está indicada, 1.º cuando la muger, embarazada de mas de siete meses, acaba de morir, y el cuello de la matriz no se halla dilatado; 2.º cuando la pelvis no presenta mas que dos pulgadas á dos y media de adelante atrás, estando viva la criatura; 3.º cuando la pelvis presenta menos de dos pulgadas, ya esté muerta ó viva la criatura; 4.º cuando la pelvis está ocupada por tumores que es imposible apartar del paso del feto, ó destruir; 5.º cuando gemelos reunidos y vivos presentan un volúmen muy considerable (*Baudelocque, Plenck*).

La operacion está contraindicada, 1.º cuando habiendo muerto la muger, el trabajo se halla bastante adelantado para que sea posible terminar el parto por las vias naturales; 2.º cuando la criatura está muerta, y la pelvis es tambien bastante ancha para permitir la division de aquella en pedazos; 3.º cuando la cabeza está enclavada de tal modo que sería imposible hacerla subir encima del estrecho; 4.º finalmente, cuando la muger no quiere sujetarse á ella.

Tiempo en que conviene operar.—Es de necesidad, cuando la mas pequeña tardanza puede comprometer la vida de la madre ó de la criatura, y de *eleccion* cuando no hay inconveniente en escoger el momento favorable para la operacion; entonces es necesario esperar que el cuello esté bastante dilatado para dar paso á los líquidos que podrán derramarse en la cavidad de la matriz.

Sitio de eleccion. La línea alba.—Los métodos laterales obligan á dividir tres planos de músculos, cuyas fibras se retraen en diversas direcciones, lo que impide la cicatrizacion; ademas exponen á las hemorragias, á los derrames, &c.

Método operatorio. Situada la muger convenientemente, y reducida la matriz al medio del abdomen, hace el comadron, en la direccion de la línea alba, una incision que desde el ombligo se extiende hasta una pulgada y media de la sínfisis de los pubis. Divide sucesivamente la piel, el tejido celular sub-cutáneo, la línea alba, el peritoneo, y por último, las paredes de la matriz. La incision de esta última debe empezar lo mas arriba posible, y terminar á cosa de una pulgada encima del ángulo inferior de la herida hecha en las paredes del abdomen.—Despues de hechas las incisiones procede á la extraccion de la criatura y de las secundinas.—Acabada la operacion, une los labios de la herida hecha en las paredes del vientre por medio de dos ó tres puntos de sutura enclavijada, y lo cubre todo de hilas y de compresas, que sostiene con el auxilio de un vendaje de cuerpo.—Si sobrevienen accidentes inflamatorios, los combate con los antiflogísticos: la muger debe criar.

Resultados de la operacion. De 111 mugeres operadas, sobrevivieron 48 (*Baudelocque*).

Llámase operacion *cesarea vaginal* la incision de la matriz en su porcion vaginal.

La operacion está indicada, 1.º cuando la dureza del cuello se opone á su dilatacion; 2.º cuando el orificio está enteramente obliterado; 3.º cuando hallándose la pared anterior de la matriz empujada fuertemente hácia adelante, parece inminente su rotura; 4.º cuando sobrevienen accidentes de consideracion antes de la dilatacion completa del cuello; 5.º cuando la matriz se ha desarrollado fuera de la pelvis, y ha sido imposible reducirla.

Método operatorio. Consiste las mas de las veces en cortar en muchos puntos los bordes del orificio del cuello. Sin embargo, en ocasiones no se interesa mas que la pared anterior del órgano.—La operacion puede practicarse con ó sin el auxilio de un speculum.—La operacion cesarea vaginal es ordinariamente poco grave por sí misma.

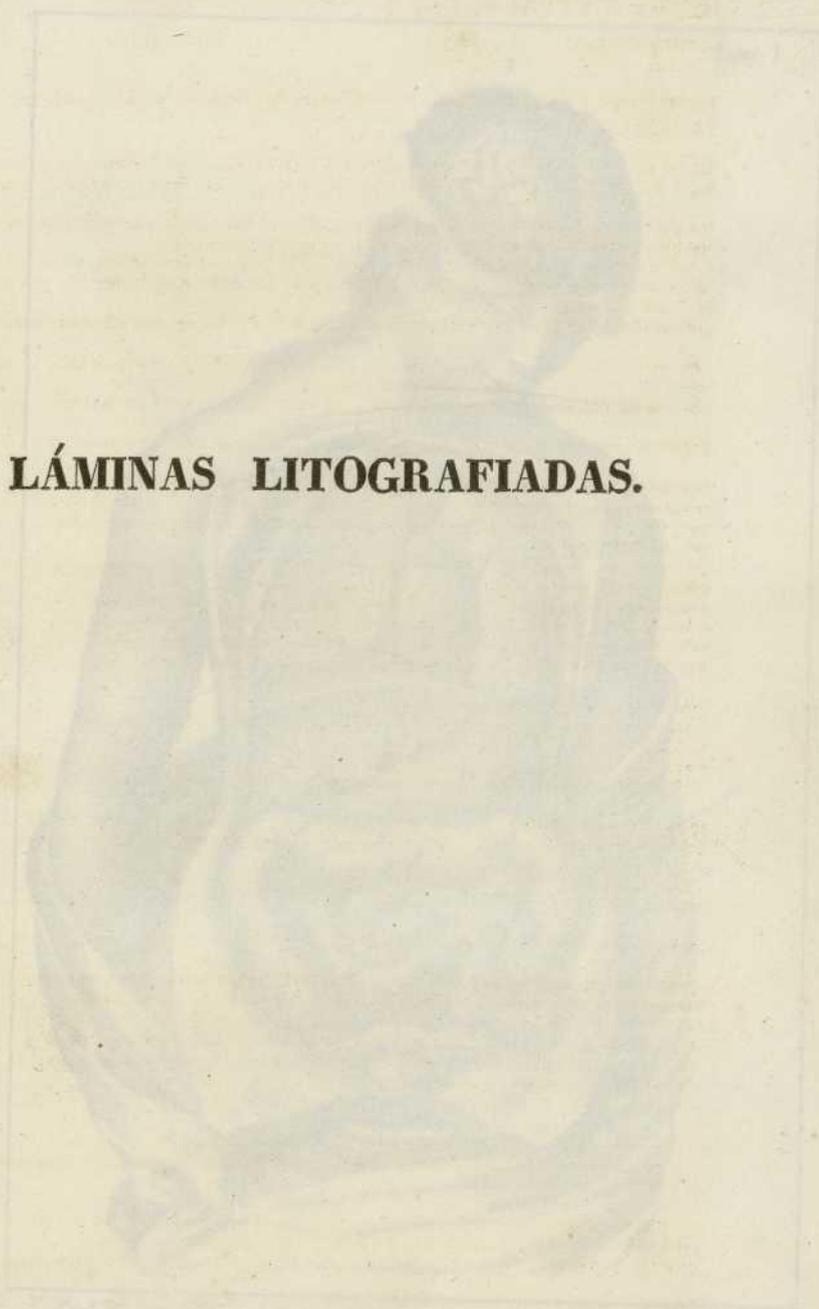
Se da generalmente el nombre de *gastrotomía* á la operacion que consiste en dividir las paredes del abdomen en un punto cualquiera de su extension.

La operacion está indicada en algunas preñeces extra-uterinas, y cuando, habiendo pasado el feto en parte ó totalmente al vientre, despues de una rotura de la matriz, es imposible extraerle por las vias naturales. *El sitio de eleccion* es la línea blanca.

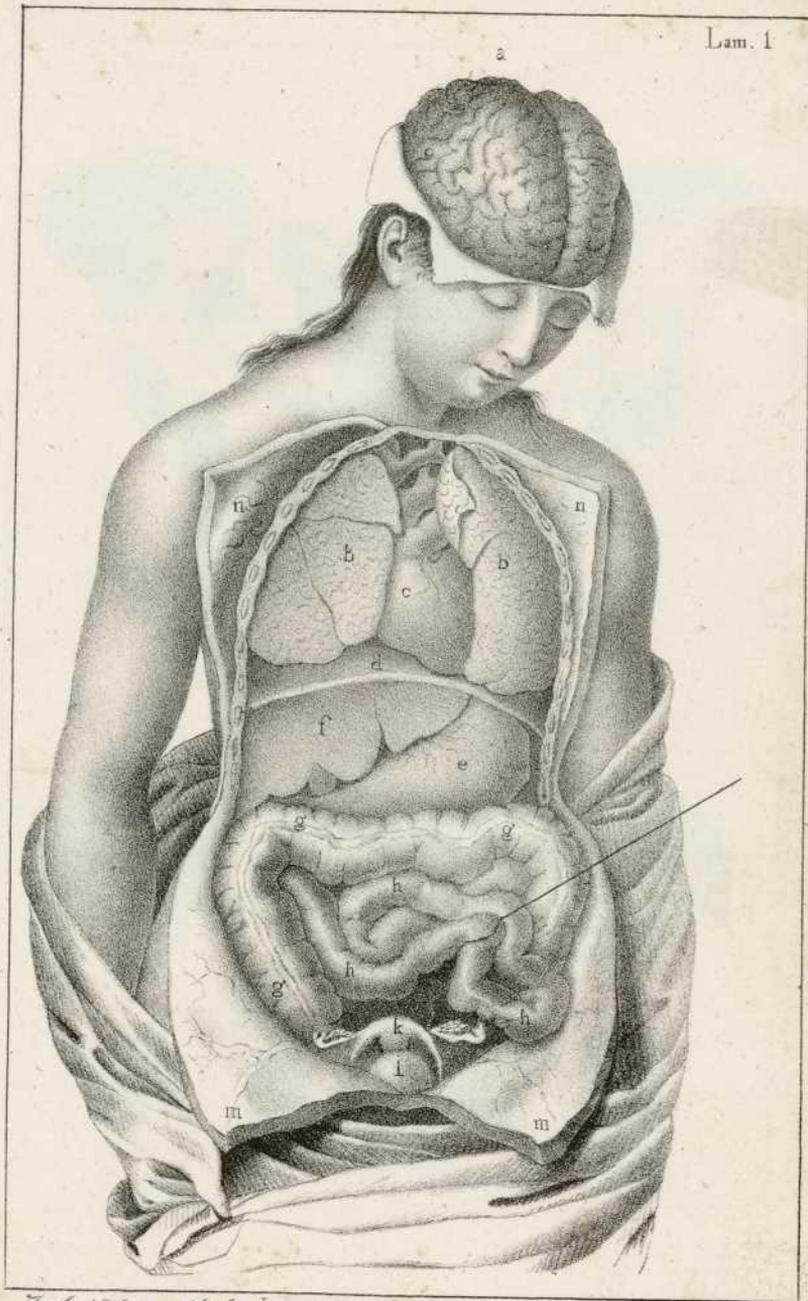
El tiempo en que conviene practicar la operacion es de *eleccion* en la mayor parte de las preñeces extra-uterinas; de *necesidad* despues del paso repentino del feto al vientre por una rotura hecha en la matriz ó en el kiste que la suple.—*Se procede* del mismo modo que en la operacion cesarea, solo que no se abren mas que las paredes del vientre.

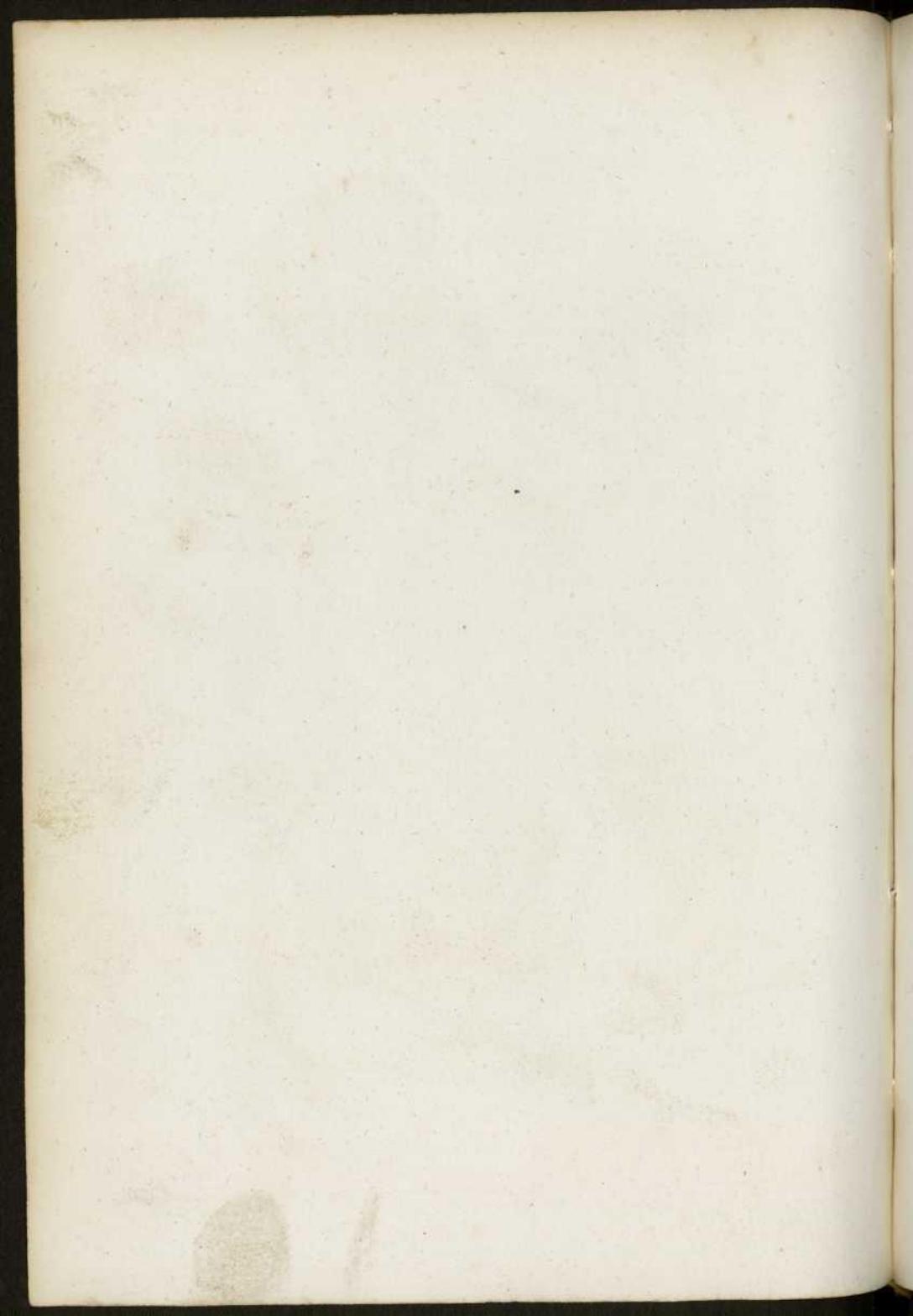
DE LA
SINFISIOTOMIA.DE LA
OPERACION CESAREA
(ABDOMINAL).DE LA
OPERACION CESAREA
(VAGINAL).DE LA
GASTROTOMIA.

LÁMINAS LITOGRAFIADAS.



LÄMINNÄS LITOGRAFIIDAST.





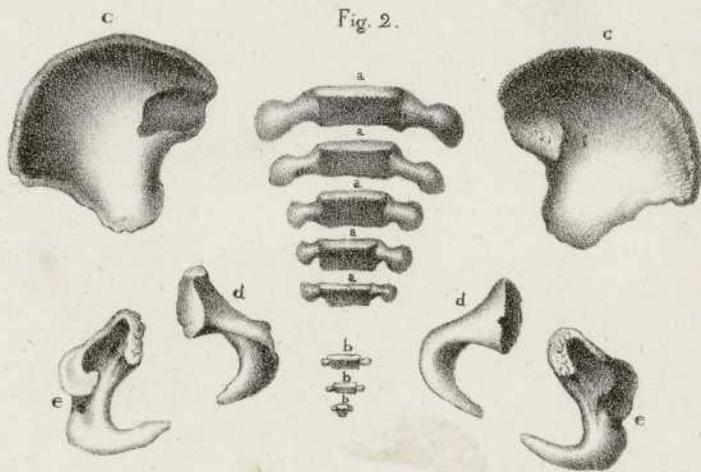
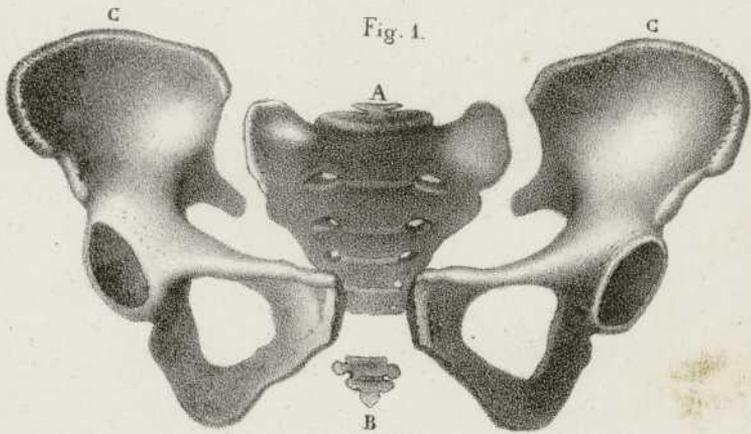




Fig. 1.

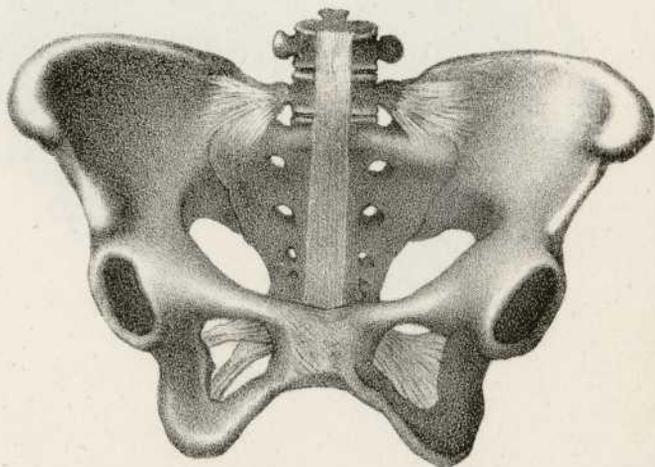


Fig. 2.

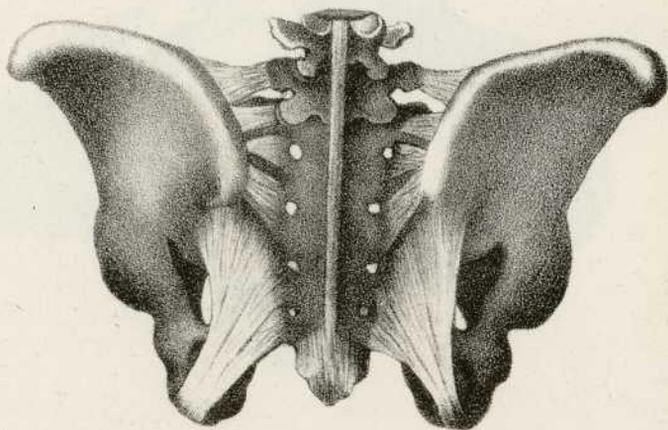




Fig. 1.

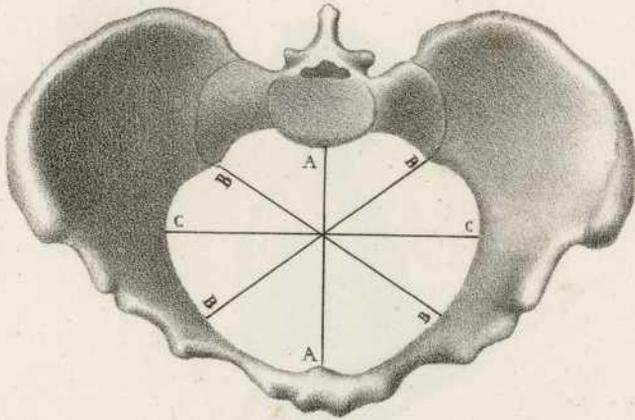
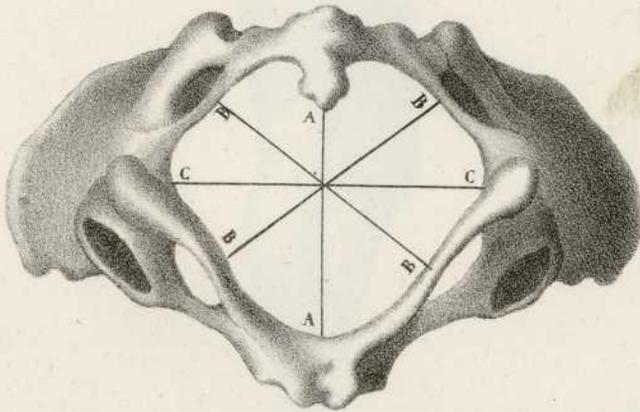
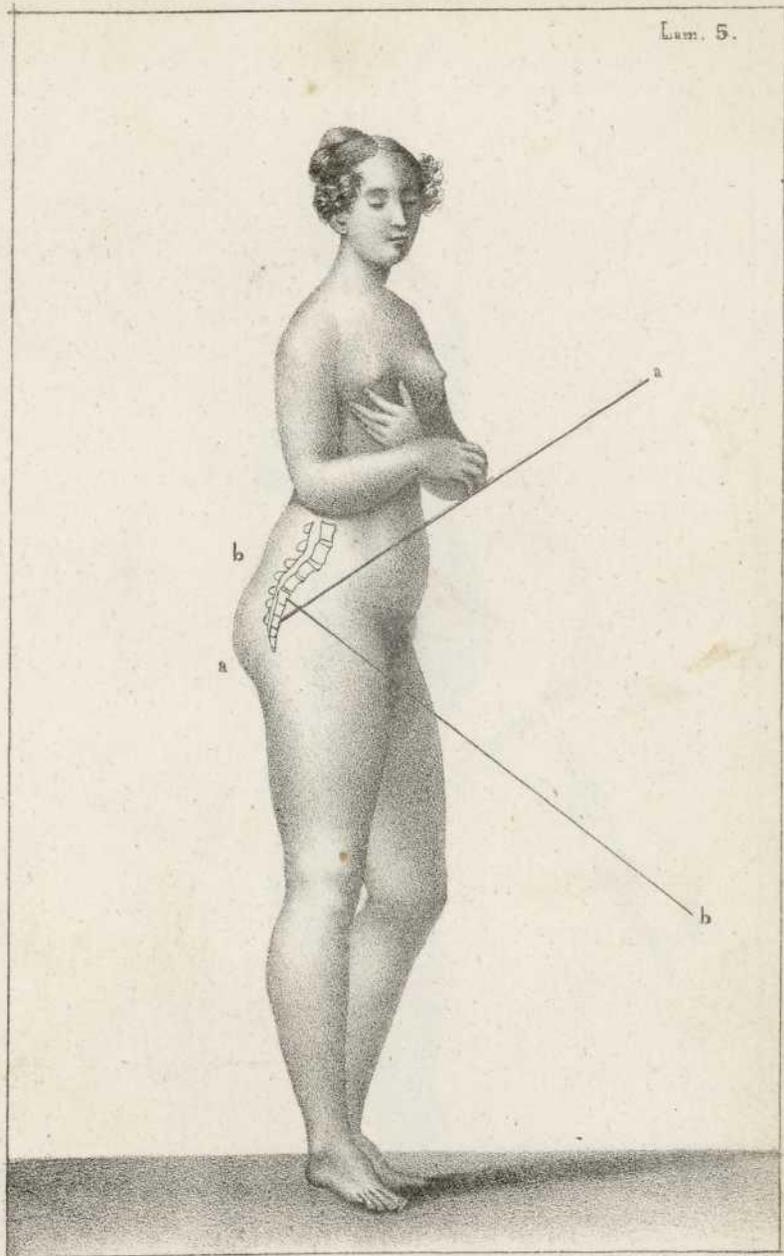


Fig. 2.

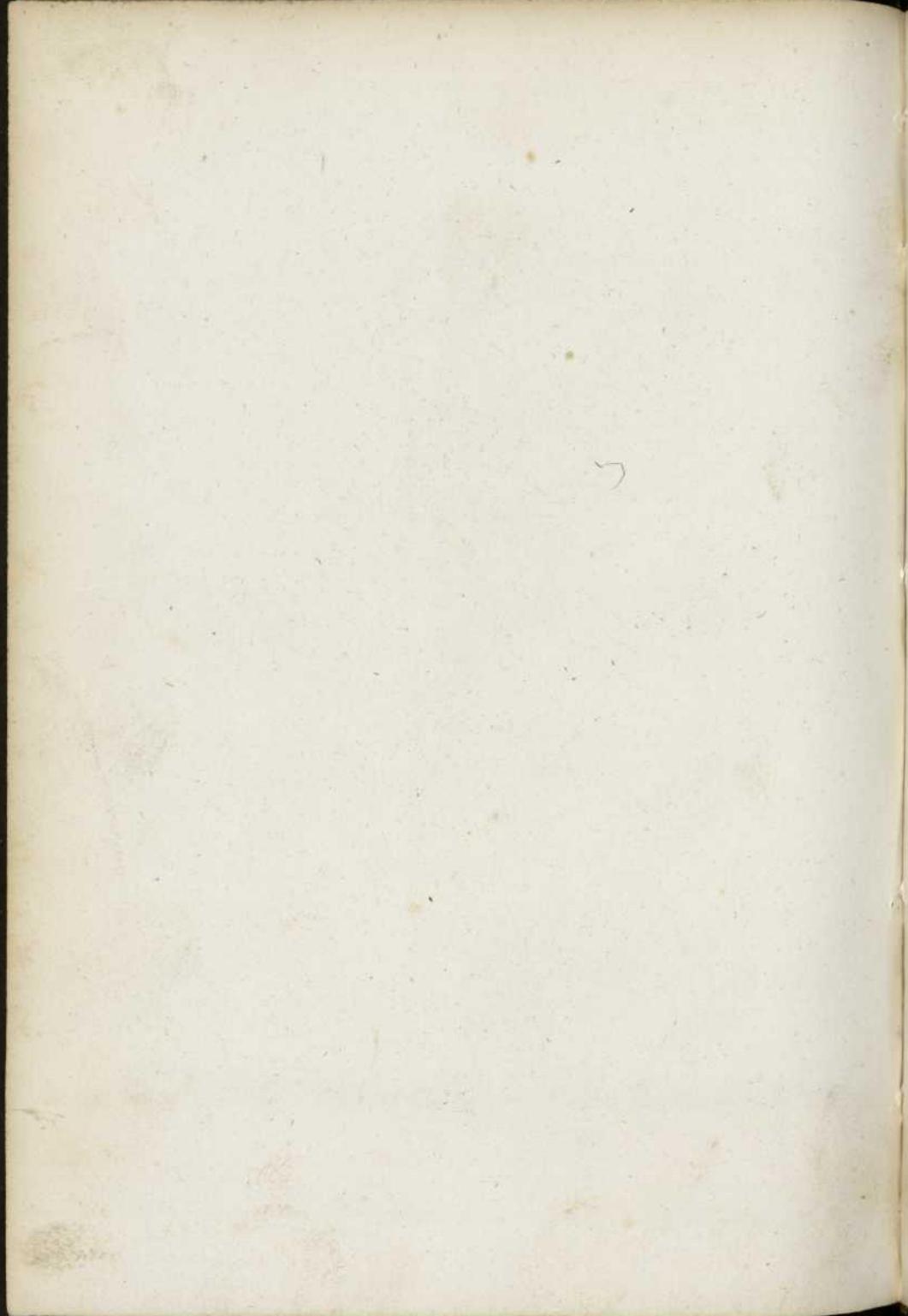


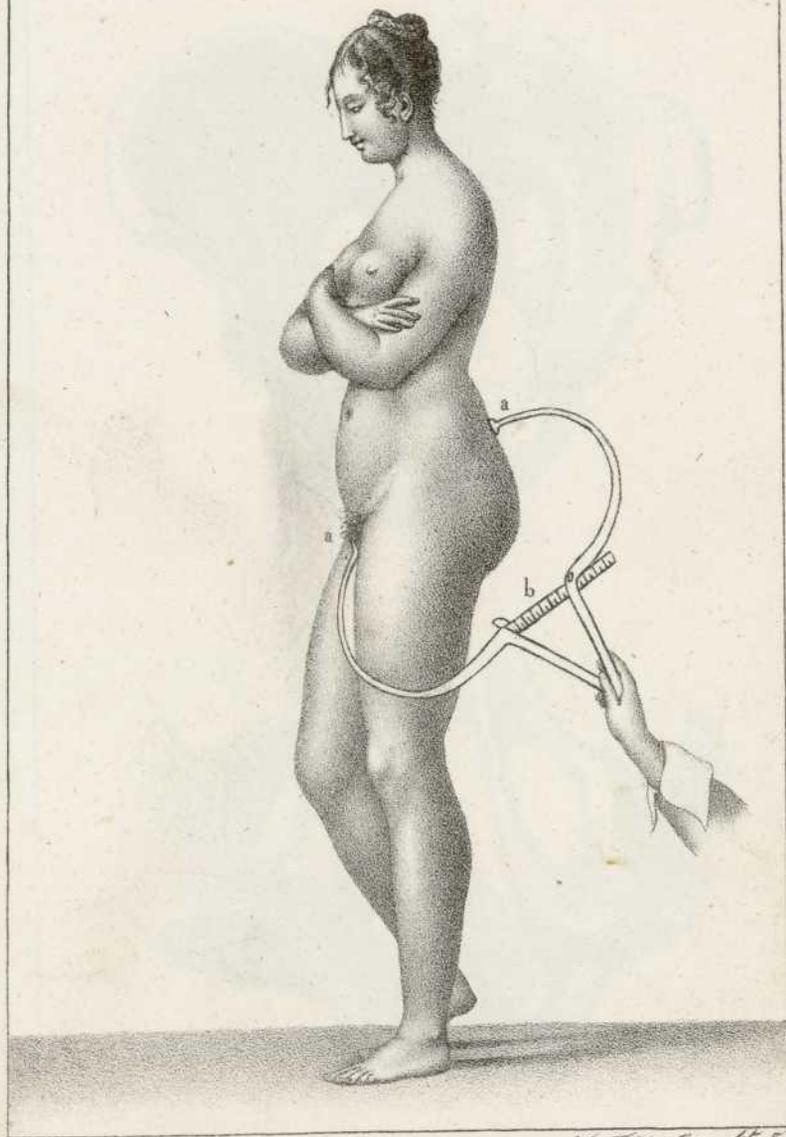
J. Ant. Lopez del Rey





J. Ant. Leques del.





J. Stolt. Sculp. del.



Fig. 1.

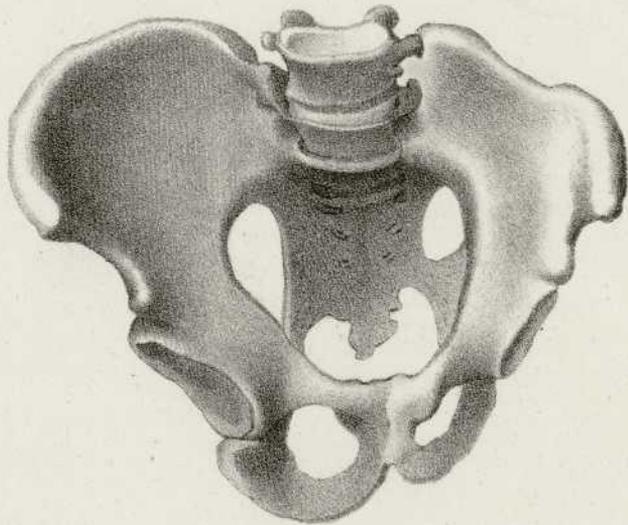
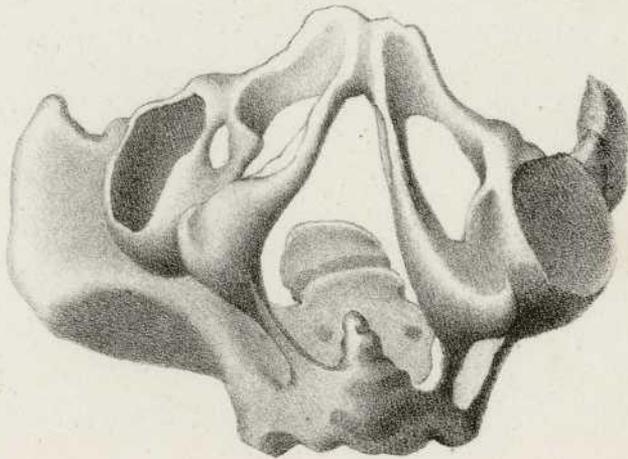


Fig. 2.



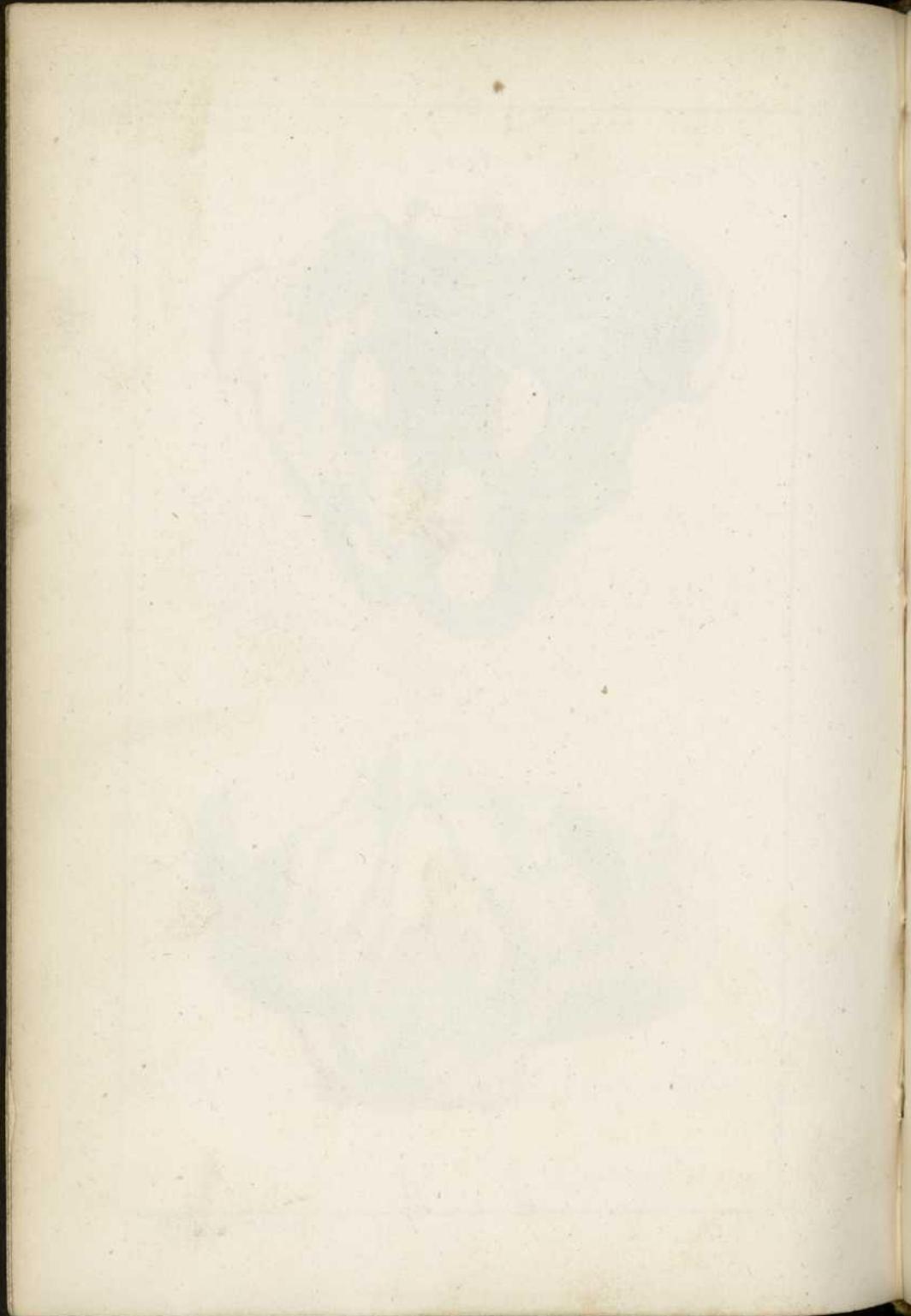


Fig. 1.

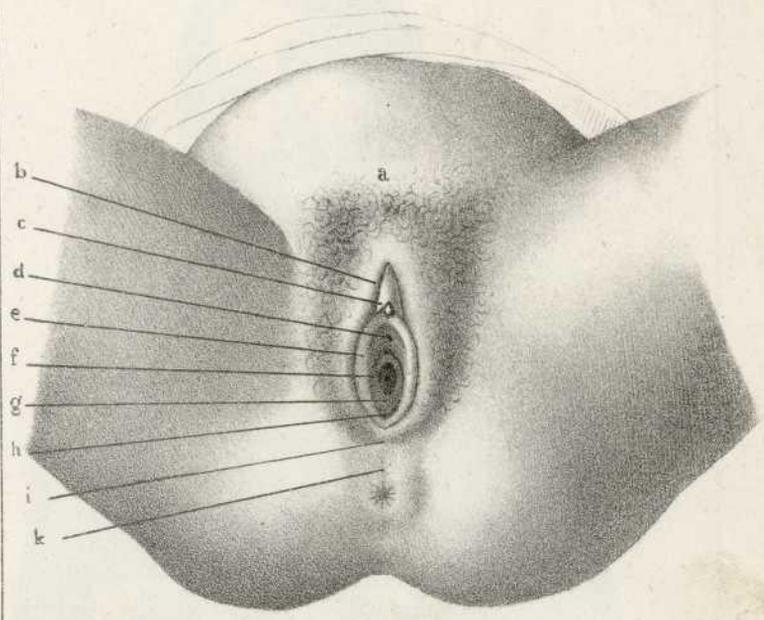
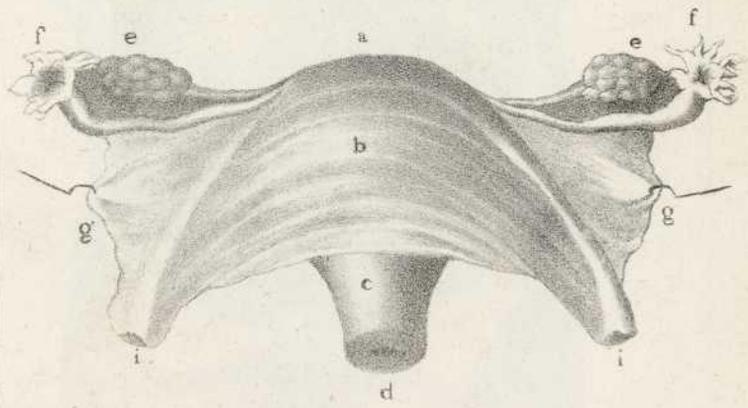
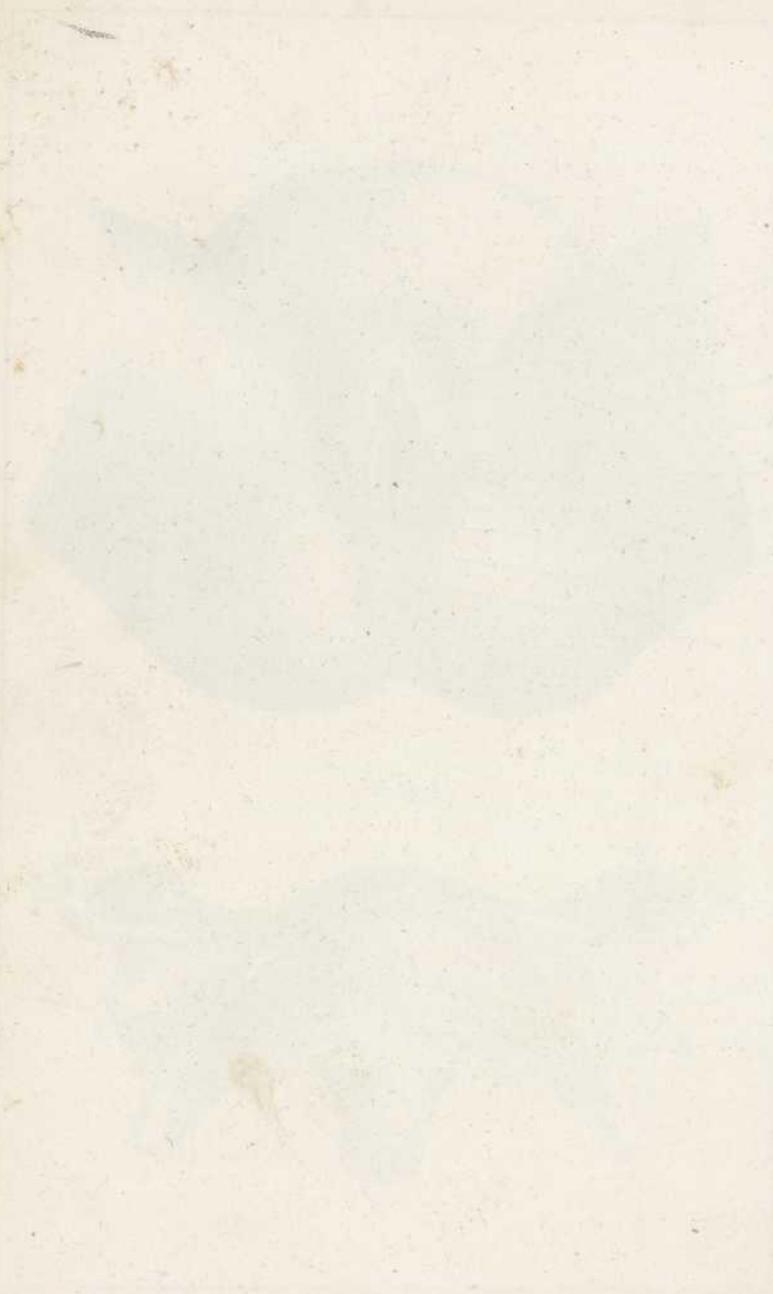
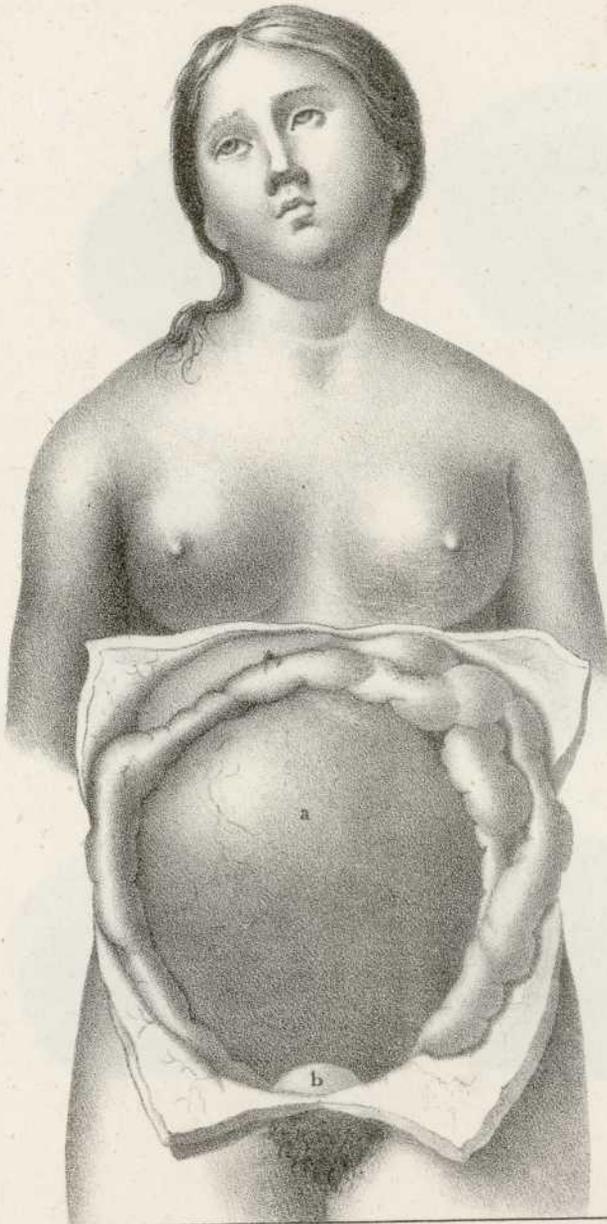


Fig. 2.



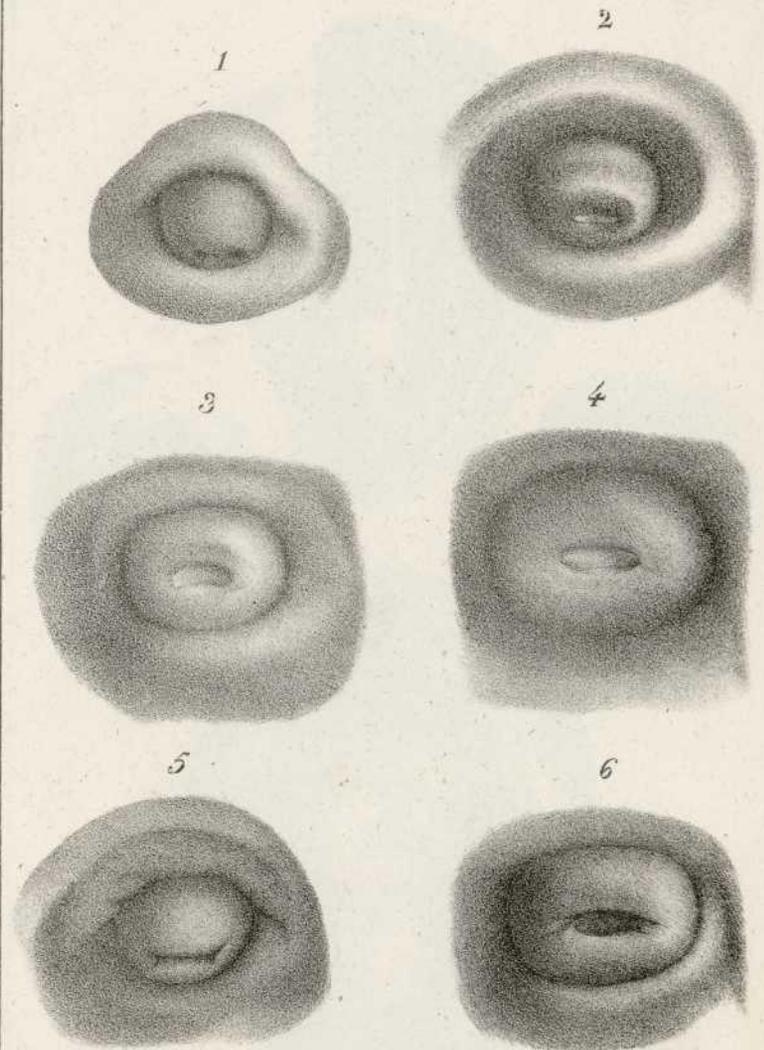
J. St. Aubert del.

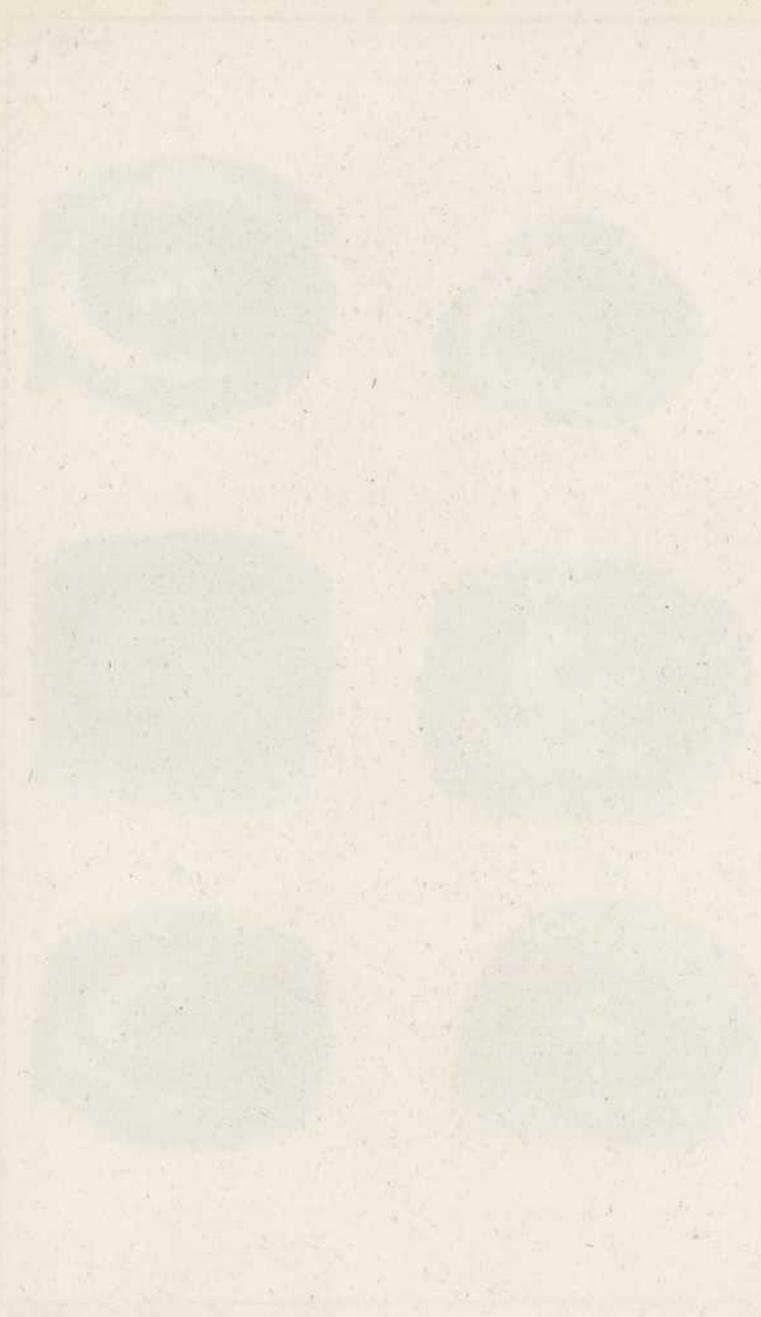


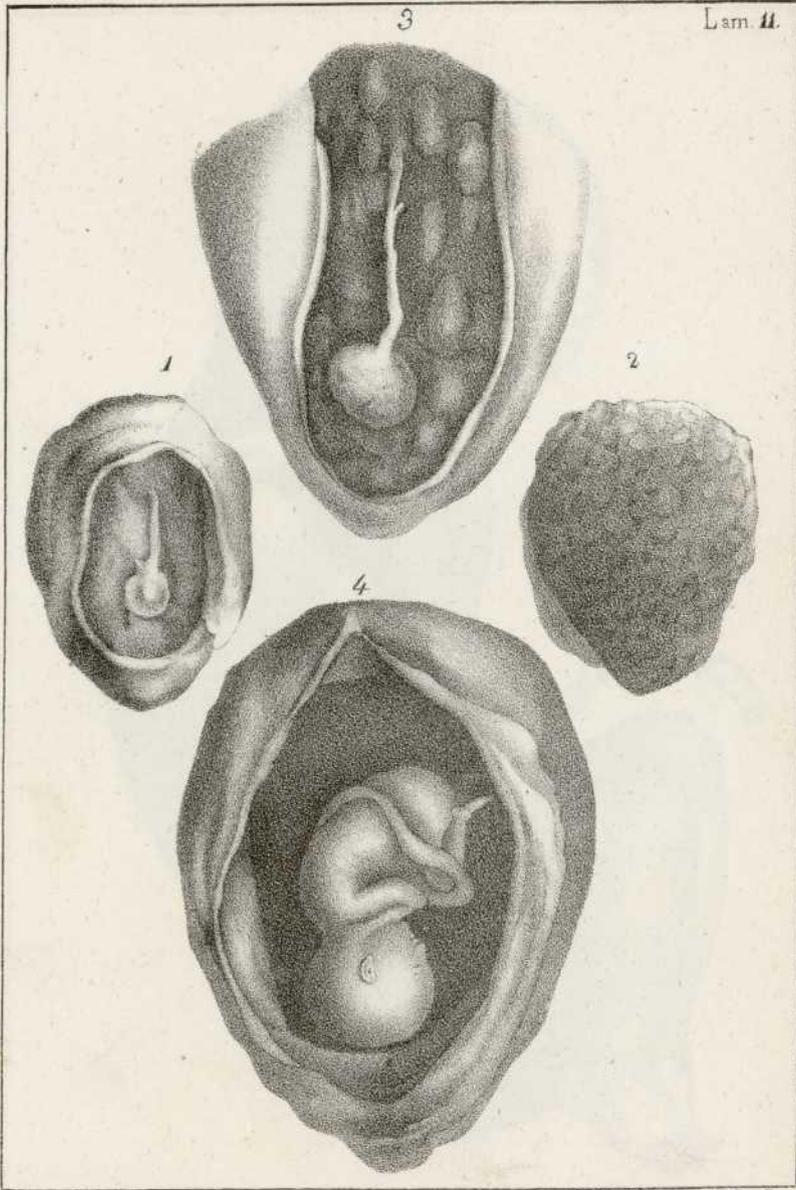


J. Smith del. & sculp.









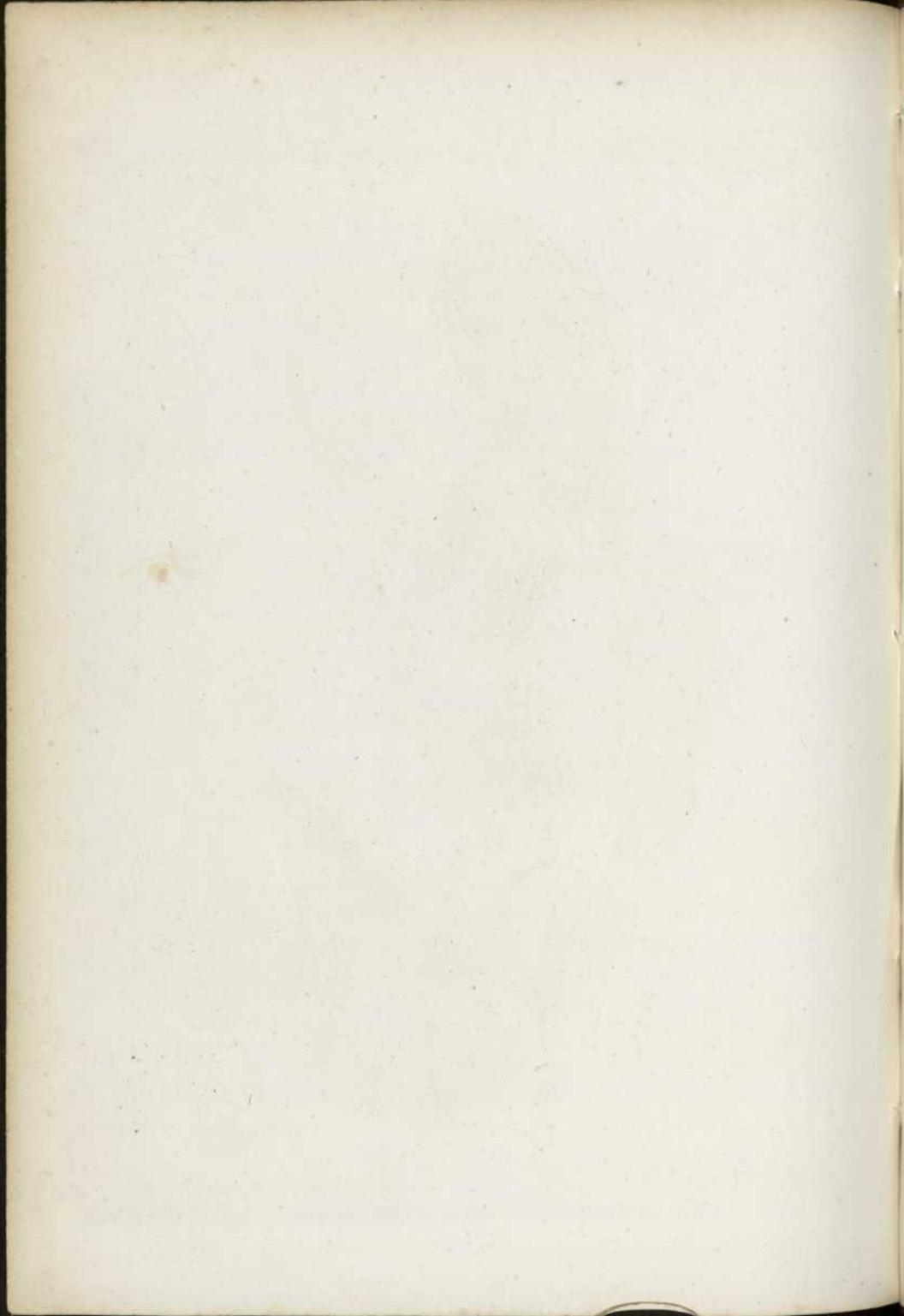
J. Van Leeuwen, del.



Lam. 12.



J. Stool. Agnes. 1809.



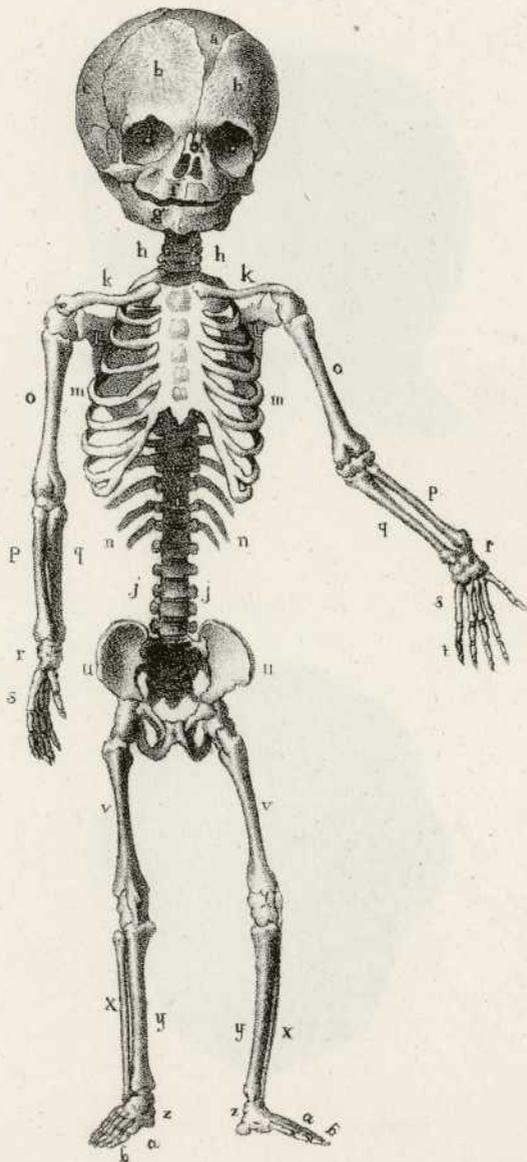




Fig. 1.

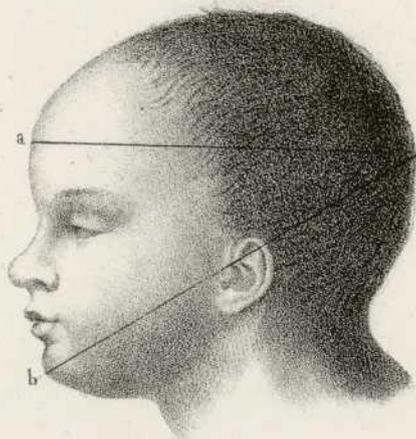
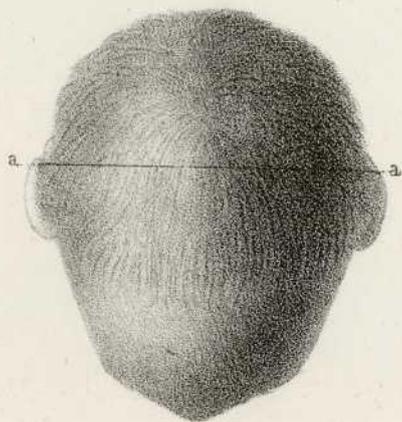
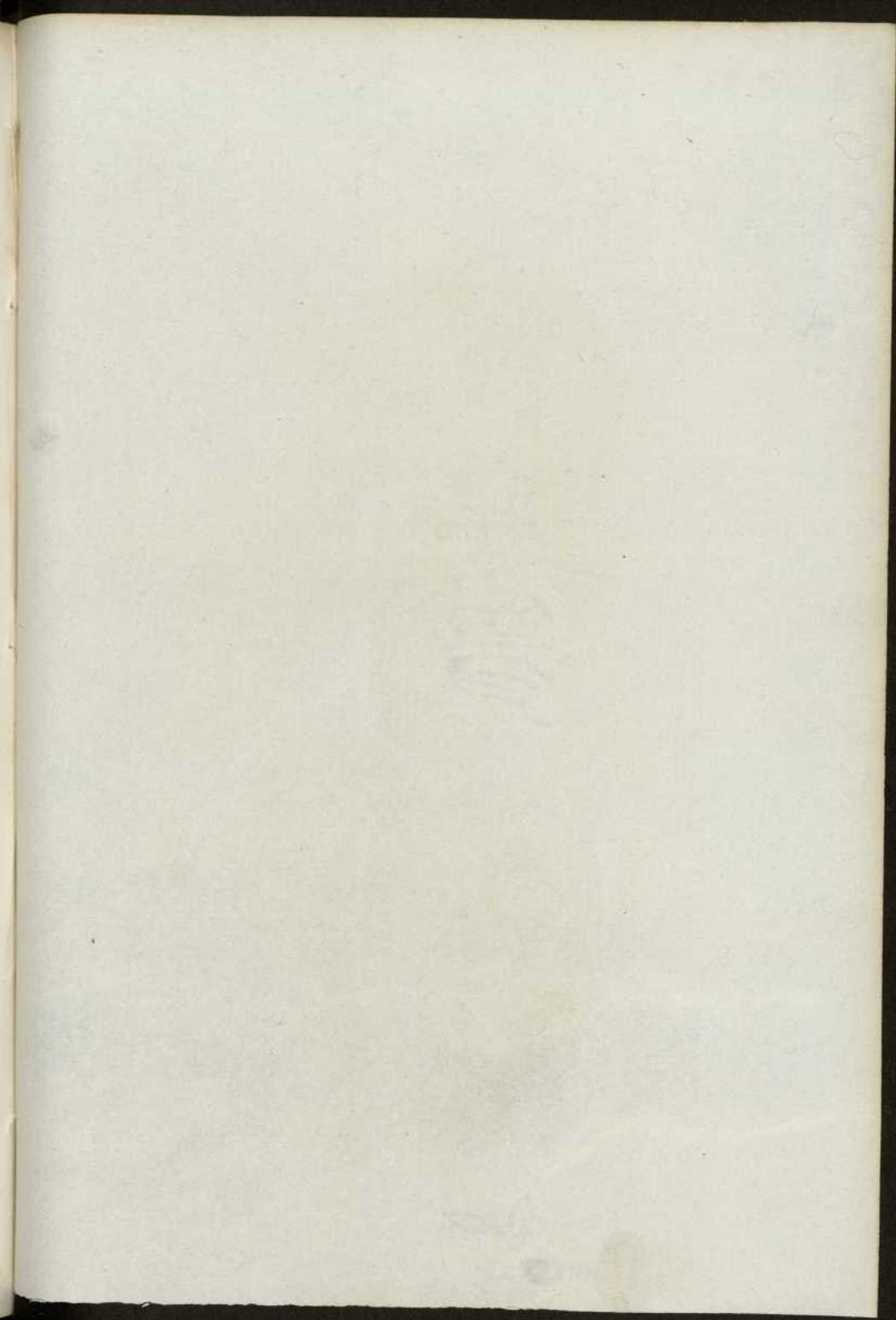
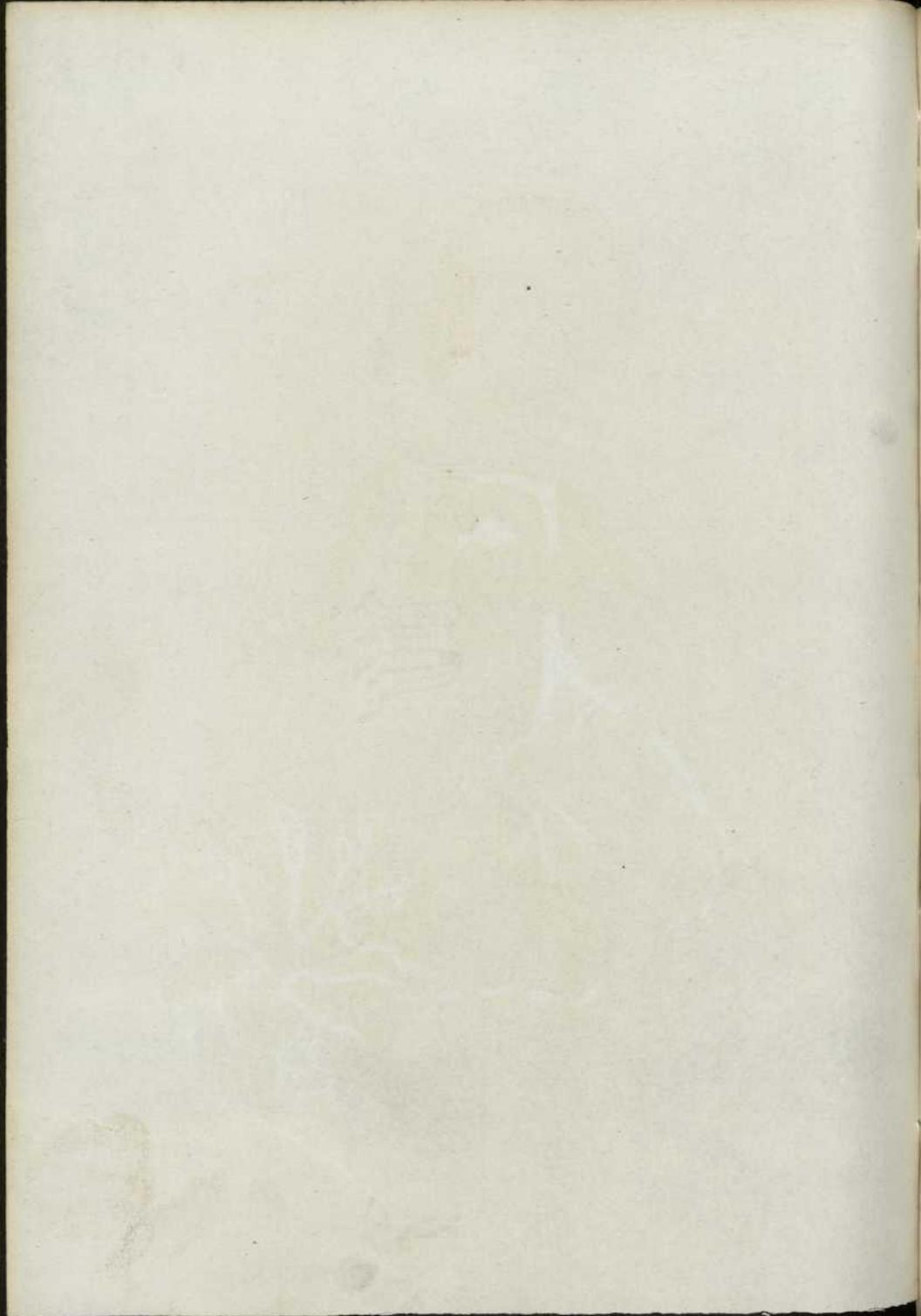


Fig. 2.









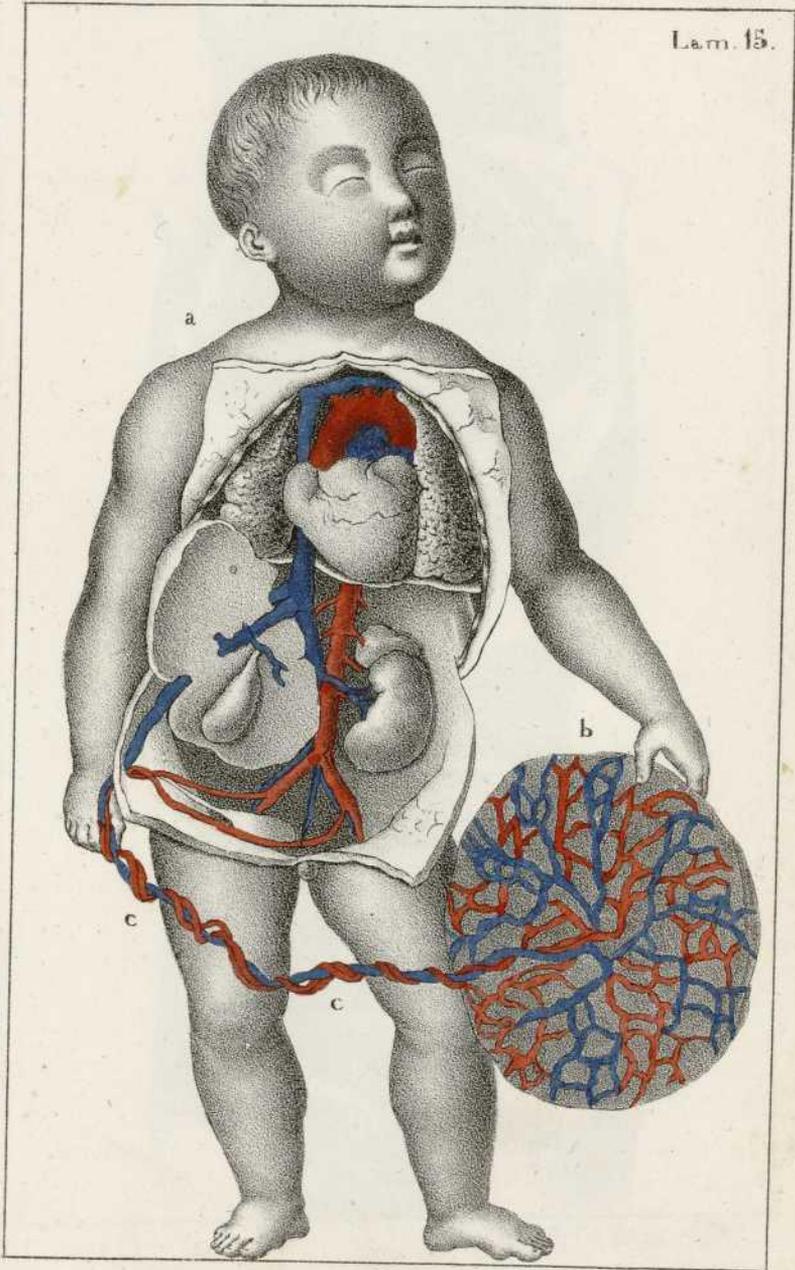




Fig. 1.

Lam. 16.



Fig. 2.



J. Cab. Lopez del.





Fig. 1.

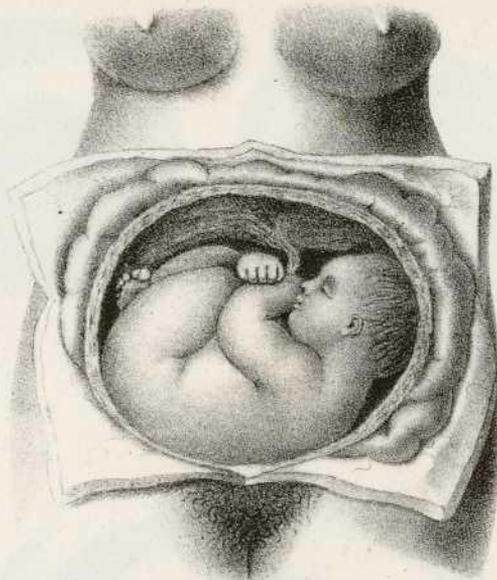
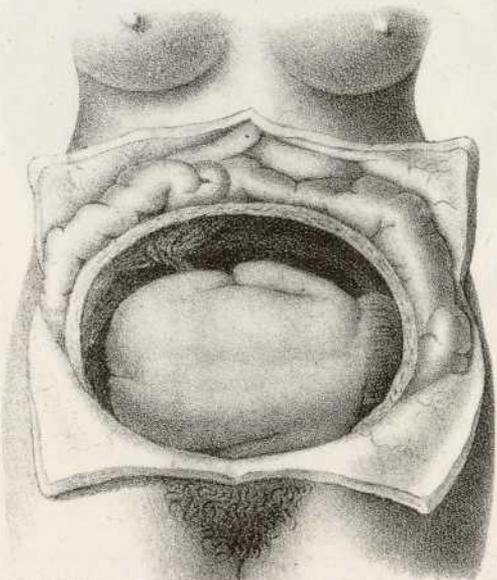


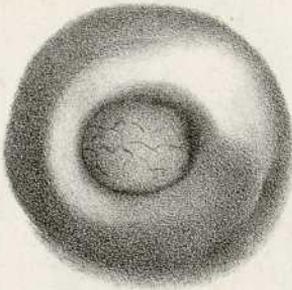
Fig. 2.



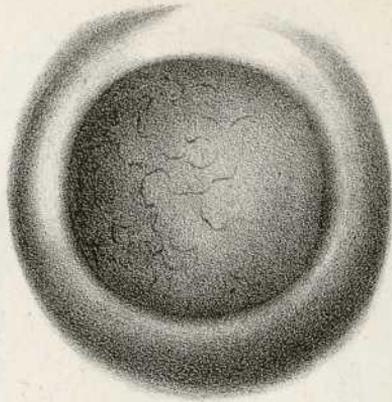
J. Ant. Leary del.



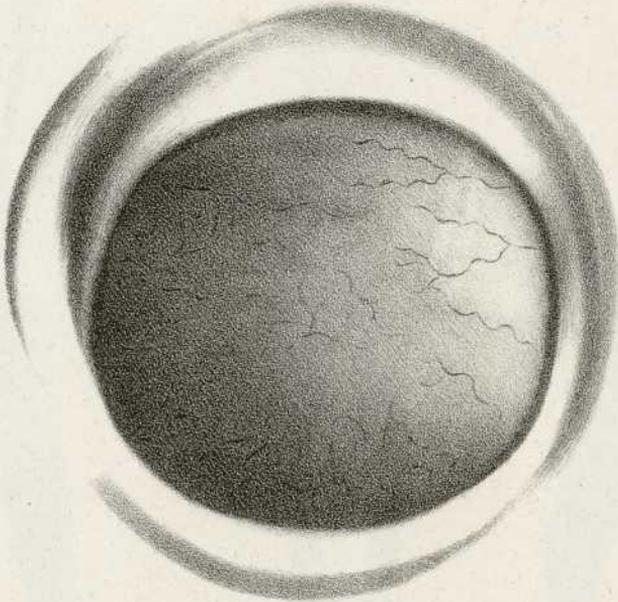
1



2

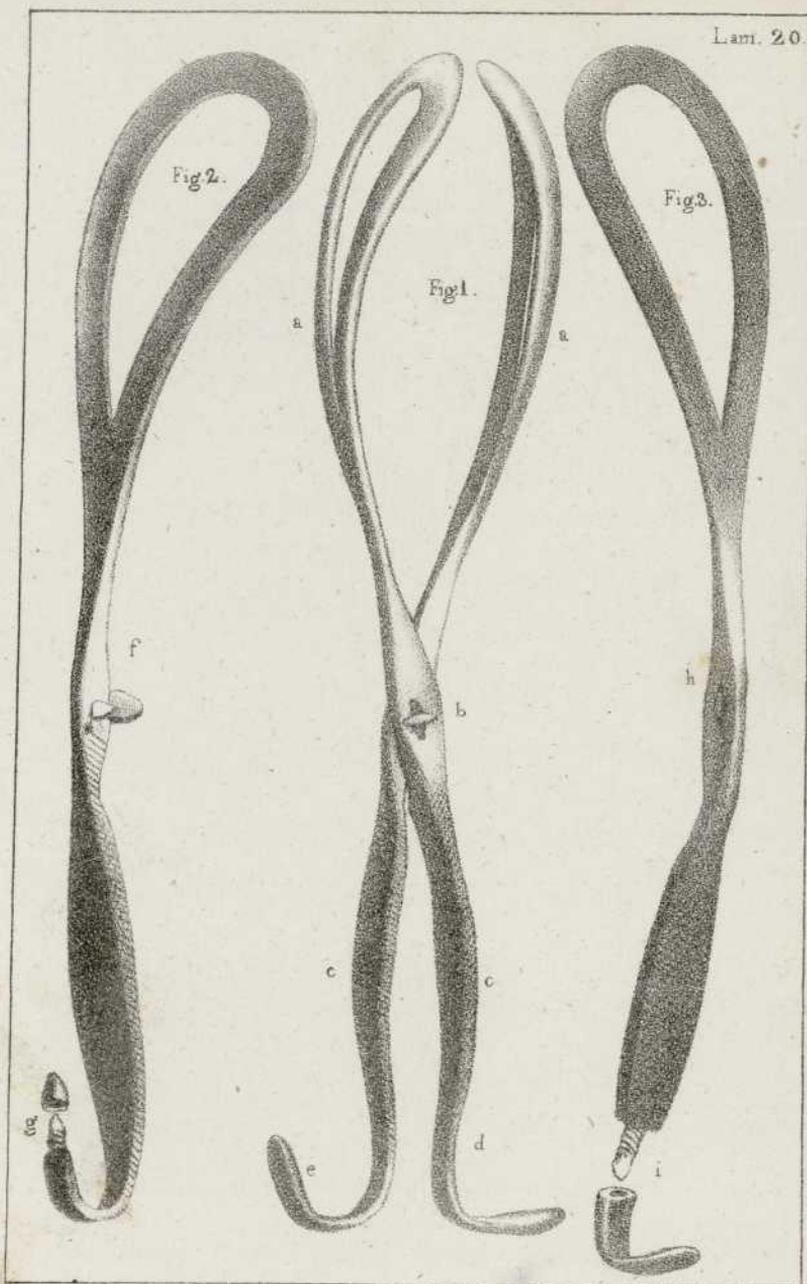


3



J. Ant. Lopez del Rey





J. Ant. Gray del.

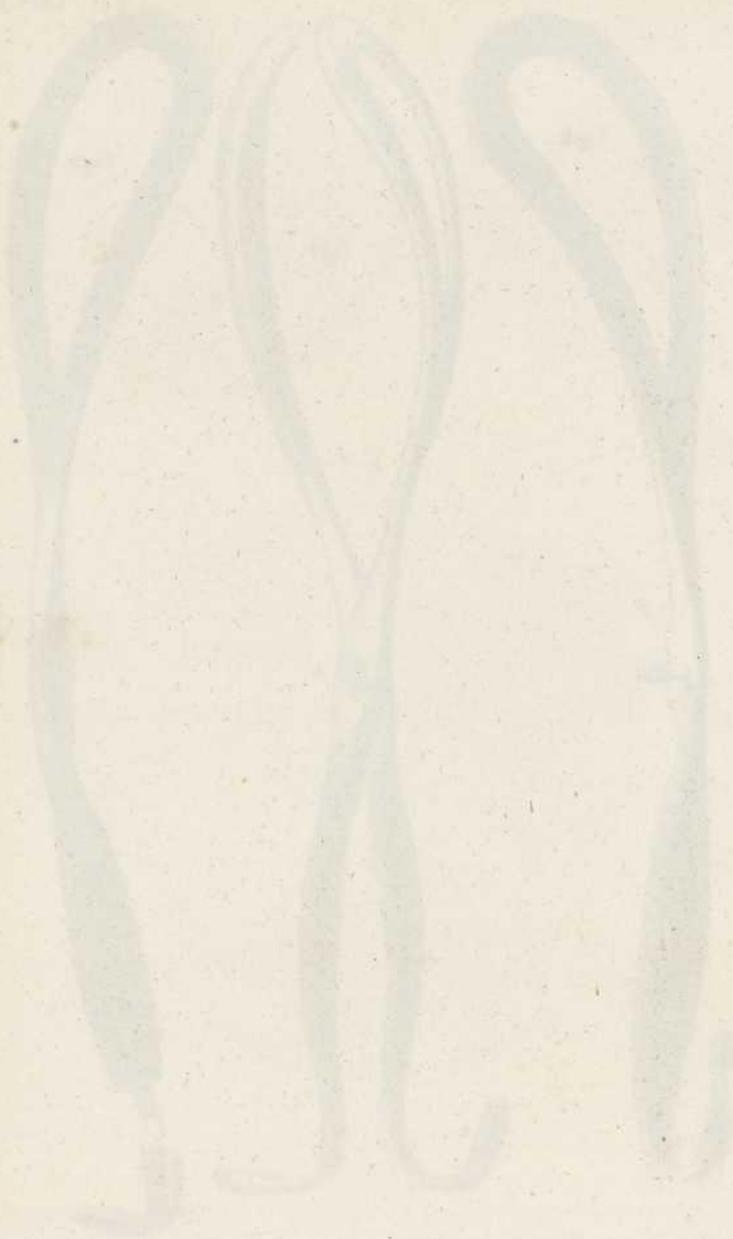


Fig. 1.

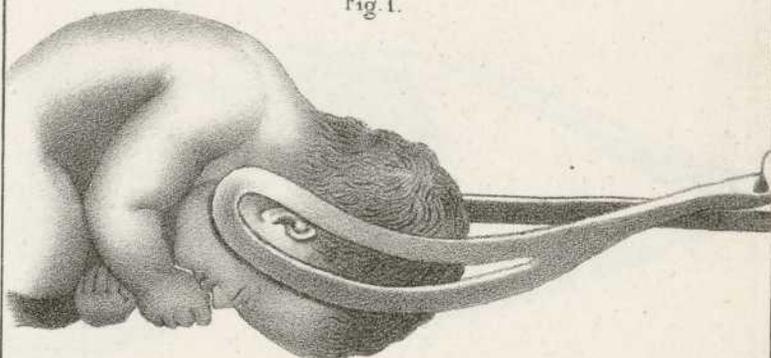
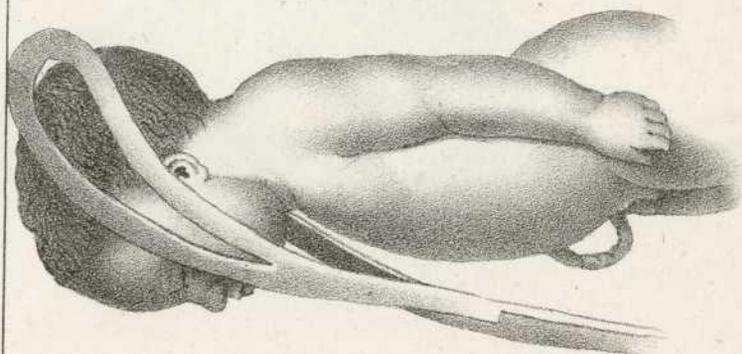


Fig. 2.



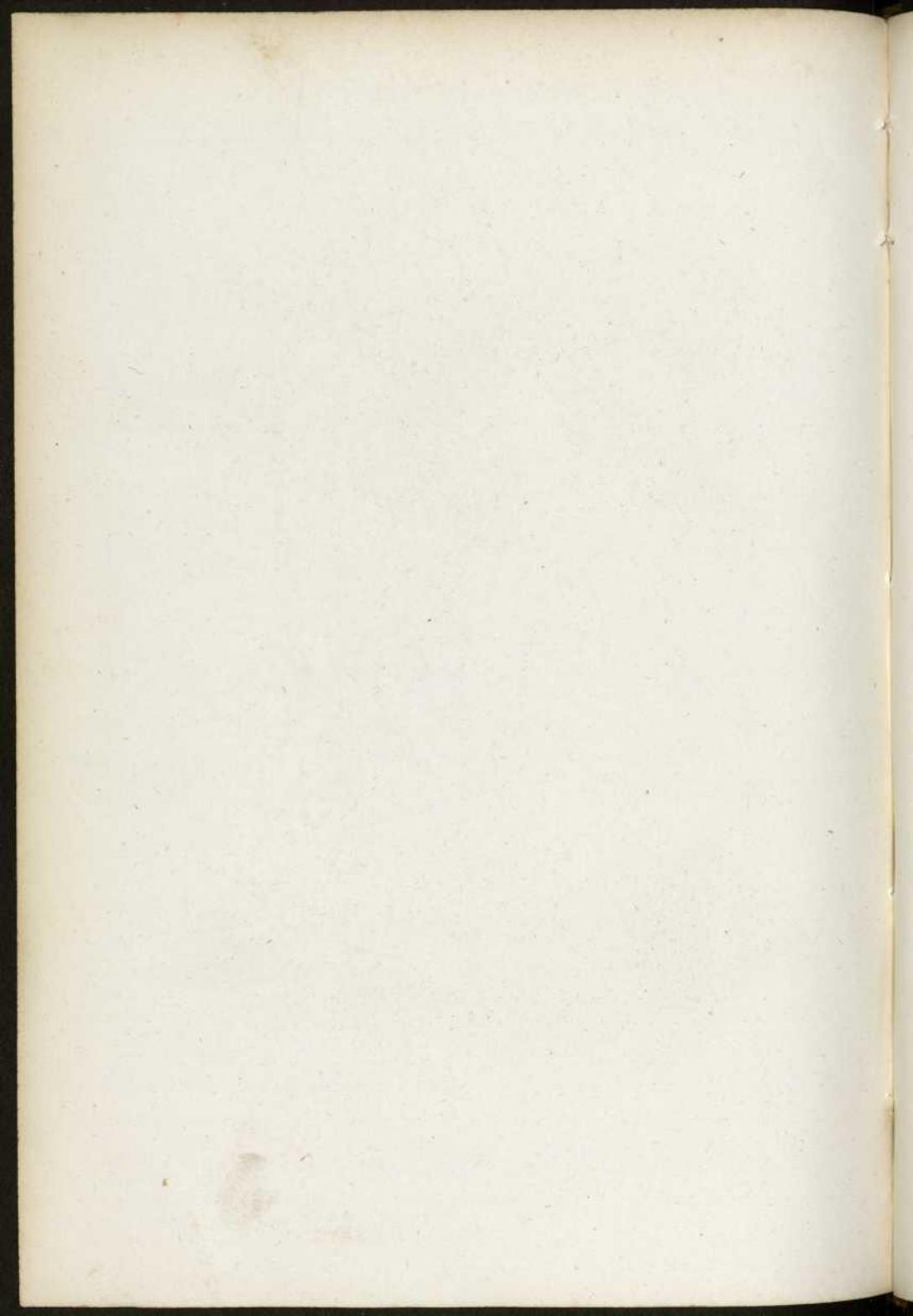


Fig. 1.

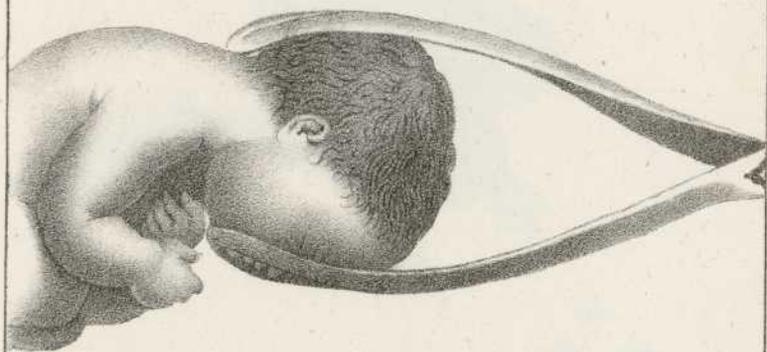
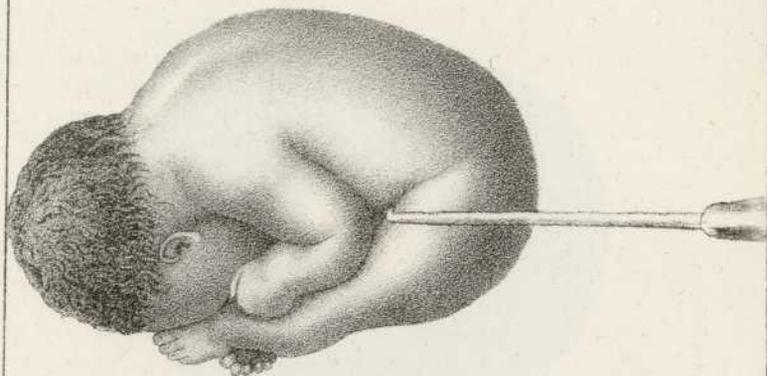


Fig. 2.



H. Ant. Dupuy Rog.





Fig. 2.



W. Kent. Sculp. del.





Fig. 1.

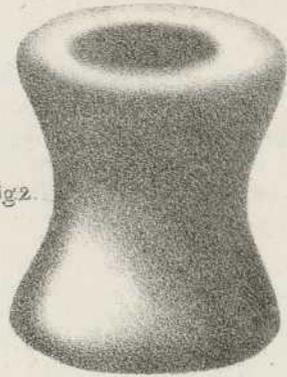


Fig. 2.

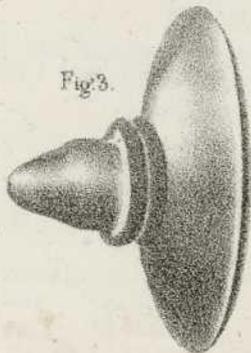


Fig. 3.

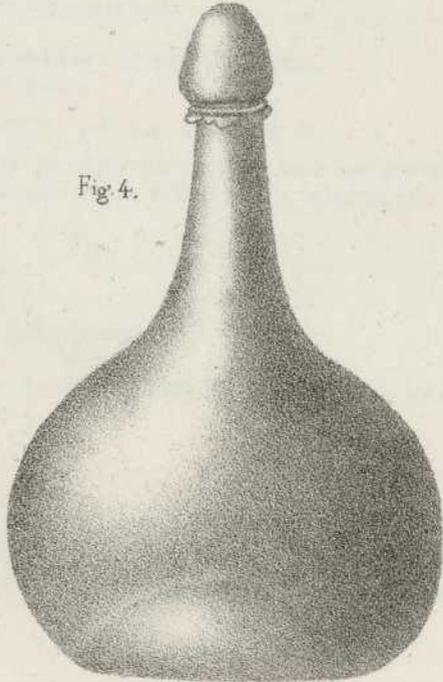
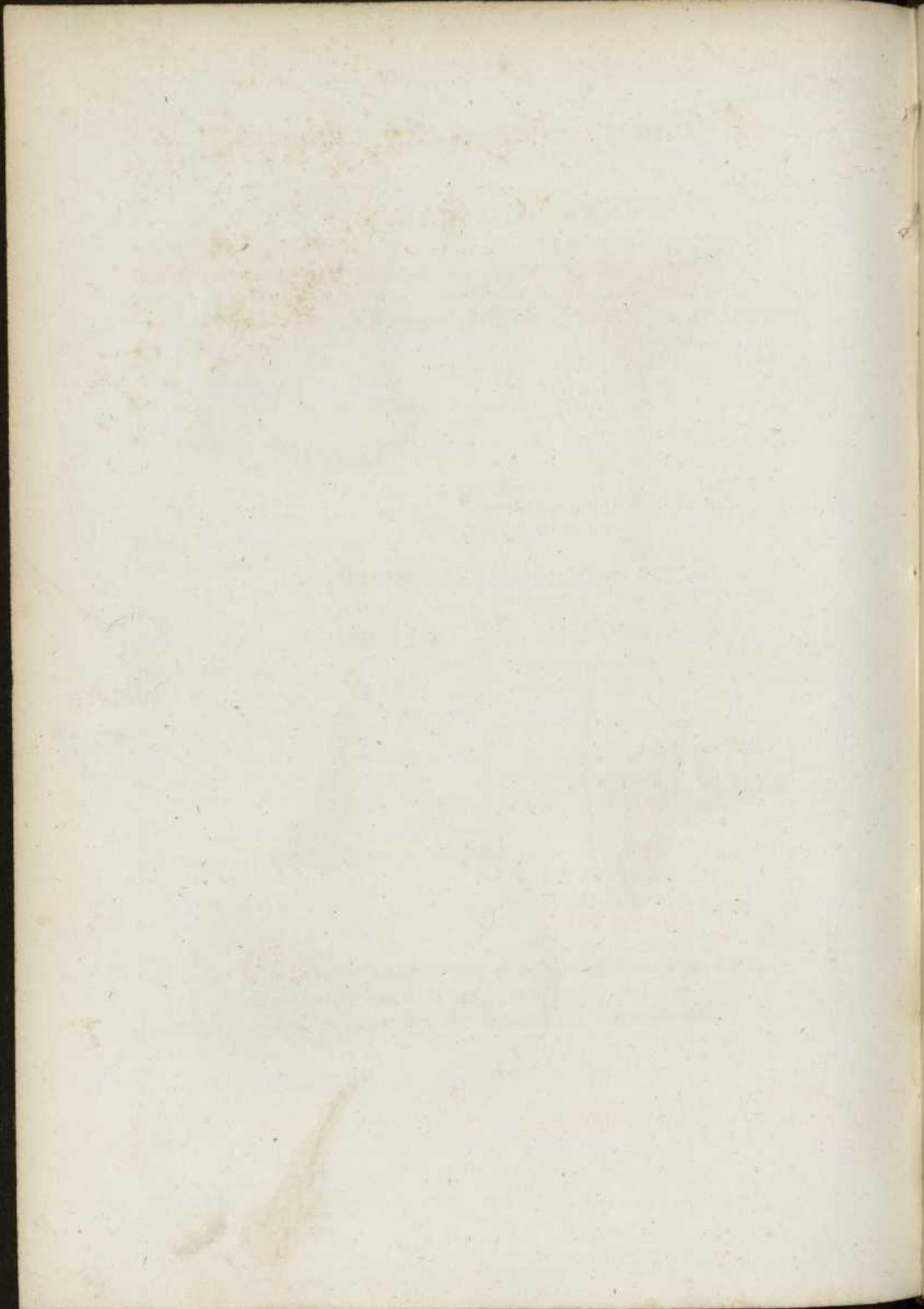


Fig. 4.

J. Ant. L. G. 1853



EXPLICACION DE LAS LÁMINAS.

EXPLICACION DE LA LÁMINA I.

Esta lámina, que representa los principales órganos contenidos en las tres cavidades esplánicas, será de mucha utilidad para las comadres que muy raras veces tienen ocasion de ver cadáveres.

- a. El cerebro.
- bb. Los pulmones.
- c. El corazon.
- d. El diafragma.
- e. El estómago.
- f. El hígado.
- ggg. Los intestinos gruesos.
- hhh. Los intestinos delgados.
- k. La matriz, y sus dependencias.
- l. La vejiga.
- mm. Las paredes del vientre vueltas hácia fuera.
- nn. Las paredes del pecho.

EXPLICACION DE LA LÁMINA II.

Esta lámina representa las diferentes piezas huesosas que entran en la composicion de la pelvis en la edad adulta y en la infancia.

Fig. 1.

- a. El hueso sacro.
- b. El hueso coxis.
- cc. Los dos huesos innominados.

Fig. 2.

- aaaaa. Las cinco piezas de que se compone el sacro en la infancia.
- bbb. Las tres piezas del coxis.
- cc. El hueso ileon.
- dd. El hueso pubis.
- ee. El hueso isquion.

Con la edad se reúnen estos tres últimos huesos para no formar ya mas que una sola pieza, que se llama entonces hueso de las caderas, ó innominado. En la cavidad cotiloidea es donde se efectúa esta reunion.

EXPLICACION DE LA LÁMINA III.

Fig. 1.

Pelvis vista por su cara anterior.

Se ven en esta figura los ligamentos ileo-lumbares, sacro-vertebral comun anterior, sub-pubianos, inter-pubianos y sacro-esquiáticos.

Puede tambien servir para el estudio de la pelvis considerada de un modo general.

Fig. 2.

Pelvis vista por su cara posterior.

Aqui se distinguen perfectamente los ligamentos ileo-lumbares (vistos por detrás), los tres ligamentos sacro-iliacos, y la cara posterior de los ligamentos sacro-esquiáticos.

Esta lámina puede tambien servir para el estudio de la cara posterior de la pelvis.

EXPLICACION DE LA LÁMINA IV.

Fig. 1.

Estrecho superior de la pelvis (Estrecho abdominal).

- aa.* El diámetro antero-posterior (*sacro-pubiano*), de cuatro pulgadas de extension.
- bbb.* Los diámetros oblicuos, de cuatro pulgadas y media de extension: estos son los mayores en el parto.
- cc.* El diámetro transversal, que tiene 5 pulgadas en el esqueleto, y 4 solamente en la muger viva á causa de los músculos *psaos* é *iliacos*, que le disminuyen media pulgada de cada lado.

Fig. 2.

Estrecho inferior de la pelvis (Estrecho perineal).

- aa.* El diámetro antero-posterior (*coxi-pubiano*), cuya extension, que naturalmente no es mas que de 4 pulgadas, puede llegar hasta 5 por la retrocesion del *coxis*.
- bbb.* Los diámetros oblicuos tienen 4 pulgadas de extension.
- cc.* El diámetro transversal, *idem*.

EXPLICACION DE LA LÁMINA V.

Esta lámina está destinada para dar á conocer la direccion de los principales ejes de la pelvis.

- aa.* La línea que representa el eje del estrecho superior ó abdominal. Sale del ombligo de la muger, y va á parar á la parte inferior del sacro.
- bb.* La línea que representa el eje del estrecho inferior ó perineal. Sale del medio de la tercera pieza del sacro, y va á pasar por entre las tuberosidades del isquion hácia la parte anterior de ellas.

EXPLICACION DE LA LÁMINA VI.

Esta lámina sirve para manifestar de qué modo se ha de aplicar el compas de espesor cuando se quiere medir el diámetro antero-posterior del estrecho superior de la pelvis.

- aa.* Los dos botones del instrumento. El uno debe colocarse en la sínfisis del pubis, y el otro en la apofisis espinosa de la primera falsa vértebra del sacro.
- b.* El vástago transversal graduado indica la separacion de las ramas. Debe señalar 7 pulgadas francesas (cerca de 8 pulgadas y dos líneas españolas) cuando la pelvis está bien conformada; pero se disminuyen 3 por el espesor de los huesos, á saber: dos y media por el sacro y seis líneas por los pubis; y lo que queda representa la extension del diámetro sacro-pubiano.

EXPLICACION DE LA LÁMINA VII.

Esta lámina representa una pelvis viciosa vista por su parte superior en la figura primera, y por su parte inferior en la segunda.

Esta pelvis, cuyo original poseemos, es muy notable por hallarse viciada casi en todos sus puntos.

EXPLICACION DE LA LÁMINA VIII.

Esta lámina representa los órganos genitales.

Fig. 1.

Organos genitales externos.

- a.* El empeine, ó monte de Venus.
- b.* Los grandes labios.
- c.* El clítoris y su prepucio.
- d.* El meato urinario.
- e.* Los pequeños labios.
- f.* La entrada de la vagina.
- g.* El himen.
- h.* La fosa navicular.

- i. La comisura posterior.
- k. El perineo.

Fig. 2.

Organos genitales internos.

- a. El fondo de la matriz.
- b. El cuerpo de idem.
- c. El cuello de idem.
- d. El orificio externo de idem.
- ee. Los ovarios.
- ff. Las trompas uterinas.
- gg. Los ligamentos anchos.
- ii. Los ligamentos redondos.

EXPLICACION DE LA LÁMINA IX.

Esta lámina representa la matriz de una muger en el término de la gestacion.

Atendiendo á las nuevas relaciones en que se encuentra el útero con los órganos que le rodean, fácil es explicar la mayor parte de los fenómenos de la preñez.

EXPLICACION DE LA LÁMINA X.

Esta lámina representa los diferentes estados del cuello de la matriz en el estado de vacuidad durante la preñez.

Fig. 1.

El cuello de la matriz en el estado de vacuidad (*cuando la muger no ha tenido hijos*).

Fig. 2.

El cuello de la matriz en el tercer mes de la preñez (*idem.*).

Fig. 3.

El cuello de la matriz á los seis meses de preñez (*id.*).

Fig. 4.

El cuello de la matriz á los nueve meses de preñez (*id.*).

Fig. 5.

El cuello de la matriz en el estado de vacuidad (*cuando la muger ha tenido hijos*).

Fig. 6.

El cuello de la matriz á los nueve meses de preñez (*id.*).

EXPLICACION DE LA LÁMINA XI.

Fig. 1.

El huevo humano á un mes de preñez; las membranas están abiertas de modo que pueda verse el embrión.

Fig. 2.

El mismo huevo visto por el lado en que se inserta la placenta en la matriz.

Fig. 3.

El huevo humano á las seis semanas de preñez.

Fig. 4.

El huevo humano á los dos meses de preñez.

EXPLICACION DE LA LÁMINA XII.

Esta lámina representa un feto de cinco meses.

EXPLICACION DE LA LÁMINA XIII.

Esta lámina, que representa el esqueleto del feto, será de muchísima utilidad para las comadres; porque es bueno que conozcan á lo menos los principales huesos que entran en la composicion del cuerpo humano, sus nombres y el sitio que ocupan.

- a.* La fontanela anterior.
- bb.* Las dos piezas del coronal.
- c.* El parietal.
- dd.* La cavidad de la órbita.
- e.* Los huesos propios de la nariz.
- f.* Los huesos maxilares superiores.
- g.* El hueso maxilar inferior.
- hh.* Las vértebras cervicales.
- i.* Las vértebras dorsales.
- jj.* Las vértebras lumbares.
- kk.* La clavícula.
- ll.* El omoplato.
- mm.* Las costillas.
- nn.* Las costillas falsas.
- oo.* El húmero.
- pp.* El radio.
- qq.* El cúbito.
- rr.* Los huesos del carpo.
- ss.* Los huesos del metacarpo.
- tt.* Los huesos de las falanges.
- uu.* Los huesos de la pelvis.
- vv.* Los femures.
- xx.* El peroné.
- yy.* La tibia.
- zz.* Los huesos del tarso.
- AA.* Los huesos del metatarso.
- BB.* Las falanges de los dedos de los pies.

EXPLICACION DE LA LÁMINA XIV.

Esta lamina representa los diámetros principales de la cabeza del feto de todo tiempo.

Fig. 1.

- a. El diámetro occípito-frontal, que tiene 4 pulgadas y 3 líneas francesas (ó cuatro pulgadas y once líneas españolas) de extension.
- b. El diámetro occípito-mental, que tiene 5 pulgadas y 3 líneas francesas (ó 6 pulgadas y 1 línea españolas) de extension.

Fig. 2.

- aa. El diámetro bi-parietal, cuya extension es de 3 pulgadas y 6 líneas francesas (ó 4 pulgadas y 1 línea española).

EXPLICACION DE LA LÁMINA XV.

Esta lámina sirve para manifestar la disposicion de los principales órganos de la circulacion en el feto.

- a. El feto abierto de manera que se puedan ver el corazon y los grandes vasos que salen de este órgano y que van á parar á él.

EN LA CAVIDAD DEL PECHO se observan en la línea media el *corazon*, y encima de él tres grandes vasos que son, procediendo de abajo á arriba :

1.º *La arteria pulmonar*, que se divide en tres ramas; la mas gruesa se llama *canal arterial*, y va á abrirse directamente á la aorta; las otras dos van á los pulmones.

2.º *La arteria aorta*, que da origen por la convexidad de su cayado á tres ramas, que son, de derecha á izquierda, la *arteria braquio-céfálica*, la *carótida primitiva izquierda*, y la *sub-clavia del mismo lado*.

3.º *La vena cava superior* que, formada por la reunion de las dos sub-clavias, va á abrirse en la aurícula derecha del corazon.

A cada lado del corazon y de los grandes vasos que se acaban de mencionar se observan *los pulmones*.

EN LA CAVIDAD DEL VIENTRE se advierte en la línea media la *continuation de la aorta*, que envia unas pequeñas ramas á los órganos inmediatos. Así que la aorta llega á la union de la cuarta con la quinta vértebra lumbar, se divide en dos grandes ramas, que son *las iliacas primitivas*. Estas últimas se subdividen luego despues en otras dos ramas, que son *las iliacas externas* y *las iliacas internas ó hipogástricas*. Estas últimas continúan con el nombre de *arterias umbilicales*, suben por los lados de la vejiga y del uraco, y llegan al anillo umbilical para ir á terminar en la placenta.

La vena umbilical nace de la placenta por medio de un gran número de ramificaciones, sigue el trayecto del cordón, del cual forma parte, pasa por el anillo umbilical y por debajo del hígado, donde se divide en dos ramas principales: la una sigue la dirección del tronco, y se llama canal venoso; la otra, que forma la rama derecha de la vena porta, va á ramificarse en el hígado para anastomosarse en seguida con las venas hepáticas, que van á abrirse en la vena cava inferior encima del canal venoso.

La vena cava inferior, formada por la reunión de las venas ilíacas primitivas, sube por el lado derecho de la columna vertebral, y va á abrirse en la aurícula derecha del corazón.

b. La placenta vista por su cara fetal.

cc. El cordón umbilical.

EXPLICACION DE LA LÁMINA XVI.

Fig. 1.

Esta figura representa el feto colocado en primera posición del vértice de la cabeza (el occipucio en la cavidad cotiloidea izquierda, y la frente en la sínfisis sacro-iliaca derecha; los pies en el fondo de la matriz. Véase la pág. 102).

Fig. 2.

Esta figura representa el feto colocado en primera posición de los pies (los talones en la cavidad cotiloidea izquierda, y los dedos de los pies en la sínfisis sacro-iliaca derecha; la cabeza en el fondo de la matriz. Véase la pág. 106).

EXPLICACION DE LA LÁMINA XVII.

Fig. 1.

Esta figura representa el feto colocado en primera posición de las rodillas (la parte anterior de las piernas en la cavidad cotiloidea izquierda, y la de los muslos en la sínfisis sacro-iliaca derecha.)

(Véase la pág. 109).

Fig. 2.

Esta figura representa el feto colocado en primera posición de las nalgas (la parte posterior del sacro en la cavidad cotiloidea izquierda, y la de los muslos en la sínfisis sacro-iliaca derecha.)

(Véase la pág. 110).

EXPLICACION DE LA LÁMINA XVIII.

Fig. 1.

Esta figura representa el feto colocado en primera posición de la región posterior del tronco (la cabeza en la cavidad cotiloidea iz-

quierda, las nalgas en la sinfisis sacro-iliaca derecha, la espalda hácia abajo y el vientre hácia arriba. *Véase la pág. 187).*

Fig. 2.

Esta figura representa el feto colocado en *primera posicion de la region lateral derecha del tronco* (la cabeza en la cavidad cotiloidea izquierda, las nalgas en la sinfisis sacro-iliaca derecha, el lado derecho hácia abajo y el izquierdo hácia arriba. *Véase la pág. 193).*

EXPLICACION DE LA LÁMINA XIX.

Esta lámina representa los principales grados de dilatacion del cuello de la matriz durante el trabajo del parto.

La abertura permite ver las membranas que forman lo que se llama la bolsa de las aguas.

Fig. 1.

Primer grado de dilatacion.

Fig. 2.

Segundo grado.

Fig. 3.

Tercer grado (*Véase la pág. 101).*

EXPLICACION DE LA LÁMINA XX.

Esta lámina representa el forceps del autor.

Fig. 1.

El forceps articulado:

aa. Las cucharas del instrumento.

b. La articulacion.

cc. El mango.

d. Un gancho en ángulo recto para el dobléz de la ingle.

e. Un gancho de asa para el hueco de la axila y para el de la corva (*Véase la pág. 199).*

Fig. 2.

La rama izquierda del forceps (Rama macho ó de eje).

f. El eje que sirve para la articulacion.

g. Gancho agudo.

Fig. 3.

La rama derecha del forceps (Rama hembra ó de muesca).

h. La muesca que sirve para la articulacion.

i. Perfora-cráneo.

EXPLICACION DE LA LÁMINA XXI.

Fig. 1.

Esta figura indica de qué modo se debe coger la cabeza del feto con el forceps en las posiciones del vértice (*Véase la pág. 202).*

Fig. 2.

Esta figura indica de qué modo se debe coger la cabeza cuando el tronco está fuera (*Véase la pág. 213*).

EXPLICACION DE LA LÁMINA XXII.

Fig. 1.

Esta figura indica de qué modo conviene coger la cabeza del feto en el encaje bi-parietal; una de las ramas del forceps está aplicada á la cara y otra al occipucio (*Véase la pág. 209*).

Fig. 2.

El niño presenta las nalgas. Un gancho obtuso (el de ángulo recto) está colocado en el dobléz de la ingle izquierda (*Véase la pag. 218*).

EXPLICACION DE LA LÁMINA XXIII.

Fig. 1.

Esta figura muestra de qué modo debe colocarse el lazo en las presentaciones de las rodillas en el estrecho inferior (*Véase la página 219*).

Fig. 2.

Pesario ovalado de goma elástica (*Véase en el tomo II las páginas 59 y 60*).

EXPLICACION DE LA LÁMINA XXIV.

Fig. 1.

Pesario de bilboquet, ó de mango (*Véase id.*).

Fig. 2.

Pesario elitroides del profesor J. Cloquet (*Véase id.*).

Fig. 3.

Pezon de pecho artificial inventado por Madama Breton.

Este pezon consiste en un sombrerillo de madera ó de marfil, coronado de una tela de vaca preparada de modo que no pueda causar ningun mal efecto en la boca de los niños. Dicho pezon así dispuesto, es preferible con mucho á todos los que se han inventado hasta el dia (*Véase la pág. 131*).

Fig. 4.

Biberon de vidrio (*Véase la pág. 131*).

31	DE LAS PARTES BLANDAS DE LA FEMUR Y EL TARTO.	
32	ARTICULO I. De las partes blandas.	21
31	ART. II. De las trompas uterinas.	21
32	ART. III. De los ovarios.	22
33	ART. IV. De los ligamentos anales.	22
33	ART. V. De los ligamentos rectales.	22
33	ART. VI. De los ligamentos de la vagina.	22

ÍNDICE

de las materias contenidas en este tomo primero.

PRIMERA PARTE.

PARTOS.

SECCION PRIMERA.

De la anatomía de las partes de la mujer que sirven para la generación, la preñez, y el parto.

CAPÍTULO PRIMERO.

DE LA PELVIS,		Pág. 1.
ARTÍCULO PRIMERO. <i>De los huesos que entran en la composición de la pelvis.</i>	1	
§. I. Del sacro.	1	
§. II. Del coxis.	3	
§. III. Del hueso de las caderas.	3	
ART. II. <i>De las articulaciones de la pelvis.</i>	5	
A. <i>De las articulaciones propias de la pelvis.</i>	5	
§. I. De la sínfisis de los pubis.	5	
§. II. De las sínfisis sacroiliacas.	6	
§. III. De la articulación sacro-coxígea.	6	
B. <i>De las articulaciones de la pelvis con la columna vertebral y los fémures.</i>	7	
§. I. De la articulación sacro-vertebral.	7	
§. II. De las articulaciones coxo-femorales.	7	
ART. III. <i>De la pelvis en el estado seco.</i>	7	
ART. IV. <i>De la pelvis en el estado fresco.</i>	11	
ART. V. <i>De los vicios de conformación de la pelvis.</i>	12	
§. V. De los usos de la pelvis.	21	

CAPÍTULO II.

DE LAS PARTES BLANDAS QUE SIRVEN PARA LA GENERACION, LA PREÑEZ Y EL PARTO.

ARTÍCULO I. <i>De las partes genitales externas.</i>	21	§. II. De la matriz.	29
ART. II. <i>De los vicios de conformación de las partes genitales externas.</i>	25	§. III. De las trompas uterinas.	31
ART. III. <i>De las partes genitales internas.</i>	27	§. IV. De los ovarios.	32
§. I. De la vagina.	27	§. V. De los ligamentos anchos.	33
		§. VI. De los ligamentos redondos.	33

§. VII. De los ligamentos anteriores y posteriores.	34	ART. VI. De los órganos que sirven para la lactancia.	36
ART. IV. De los vicios de formación de las partes genitales internas.	34	De las mamas.	36
ART. V. De los hermafroditas.	35	ART. VII. De los vicios de formación de las mamas.	37

SECCION SEGUNDA.

De la fisiologia de los órganos de la generacion.

CAPÍTULO PRIMERO.

ARTÍCULO PRIMERO.

DE LA MENSTRUACION.

39

ART. II. De la fecundidad.	43	ART. IV. De la generacion.	44
ART. III. De la esterilidad.	43	ART. V. De la concepcion.	45

CAPÍTULO II.

DE LA PREÑEZ.

45

ARTÍCULO I. De la preñez uterina.	46	ART. II. De las preñeces extrauterinas.	61
B. Signos racionales.	46	ART. III. De la preñez útero-tubaria.	64
C. Signos ciertos de la preñez.	55	ART. IV. De la preñez intersticial.	65
§. V. Diagnóstico de las preñeces uterinas compuestas.	60	ART. V. De la preñez falsa.	69
§. VI. Diagnóstico de las preñeces complicadas.	60	ART. VI. Del tacto.	69
§. VII. Diagnóstico relativo al sexo.	61	ART. VII. De la higiene de la muger durante la preñez.	72

CAPÍTULO III.

DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCION.

74

ARTÍCULO I. Desarrollo del germen.	74	§. III. De las extremidades del feto.	81
ART. II. Del embrión.	75	ART. V. Conclusiones.	81
ART. III. Posicion del feto en la matriz.	77	Deducidas: 1.º de la comparacion de los diámetros de la pelvis de la madre con los de las partes principales del feto: 2.º de la diferente direccion de los ejes de la pelvis de la madre:	
ART. IV. Del feto de todo tiempo.	78		
§. I. De la cabeza, sus dimensiones y movimientos.	79		
§. II. Del tronco del feto y de sus dimensiones.	80		

y 3.º de la diferencia de longitud de las paredes anterior y posterior de este conducto huesoso. 81

ART. VI. *De las dependencias del feto.* 82

§. I. De las membranas. 82

A. *Del epicorion.* 83

B. *Del corion.* 84

C. *Del amnios.* 85

§. II. De las aguas del amnios. 85

§. III. De la placenta. 87

§. IV. Del cordon umbilical. 89

§. V. De la vesicula umbilical, y de la alantoides. 92

ART. VII. *Funciones del feto.* 93

§. I. Nutricion. 93

§. II. Secreciones. 94

§. III. Respiracion. 94

§. IV. Circulacion. 95

§. V. Movimientos. 96

ART. VIII. *De la superfetacion.* 96

CAPÍTULO IV.

DEL PARTO. 97

ARTÍCULO I. *Del parto natural.* 98

ART. II. *Primer fenómeno.—Dolores.* 99

§. I. Dolores verdaderos. 99

§. II. Dolores falsos. 100

ART. III. *Segundo fenómeno.—Dilatacion del cuello de la matriz, formacion y rotura de la bolsa de las aguas.* 100

ART. IV. *Tercer fenómeno.—Expulsion del feto.* 102

§. I. Del parto natural por el vértice de la cabeza. 102

Del parto natural por la extremidad abdominal del feto. 106

§. II. Presentaciones de los pies. 106

§. III. Presentaciones de las rodillas. 109

§. IV. Presentaciones de las nalgas. 110

ART. V. *Cuarto fenómeno.—Salida de las secundinas.* 112

De la salida natural de las secundinas. 112

ART. VI. *De la conducta del co-*

madron respecto de la muger que reclama su asistencia. 114

§. I. Del régimen. 114

§. II. De la posicion. 115

§. III. De la época en que la muger debe colocarse en la cama de parir. 116

§. IV. De los medios propios para favorecer la terminacion del parto. 116

§. V. De los cuidados que exige la muger despues de la salida de las secundinas. 121

ART. VII. *De las consecuencias naturales del parto.* 121

§. I. Del temblor nervioso. 121

§. II. De los loquios. 122

§. III. De los entuertos. 122

§. IV. De la calentura de la leche. 123

ART. VIII. *De la higiene de las mugeres paridas.* 124

ART. IX. *De los cuidados que exige del comadron la criatura desde su nacimiento hasta su destete.* 126

SECCION TERCERA.

De los partos preternaturales.

CAPÍTULO PRIMERO.

CAUSAS GENERALES.

133

ARTÍCULO I. *De los accidentes que pueden sobrevenir por parte de la madre, y hacer preternatural el parto.* 133

§. I. De la hemorragia. 134

§. II. De las convulsiones. (Eclampsia). 137

§. III. De la debilidad, de los síncope, y de la inercia de la matriz. 139

§. IV. De la oblicuidad excesiva de la matriz. 140

§. V. De la estrechez del orificio uterino alrededor del cuello de la criatura. 141

§. VI. De la rotura de la matriz. 142

§. VII. De la rotura de la vagina. 143

§. VIII. De la hidropesía. 144

§. IX. De la hernia. 144

§. X. Del aneurisma. 145

§. XI. Del asma. 145

ART. II. *De los accidentes que pueden sobrevenir por parte de la criatura, y hacer preternatural el parto.* 145

§. I. De la existencia de mu-

chos fetos en la matriz. 145

§. II. De la salida prematura del cordón umbilical. 146

§. III. De la poca longitud del cordón. 147

ART. III. *De las posiciones viciosas del feto.*—Ejemplos. 148

ART. IV. *De los vicios de conformacion, y de las enfermedades que pueden hacer el parto preternatural.* 152

§. I. Por parte de la madre. 152

A. *Vicios de conformacion de la pelvis.* 152

B. *Vicios de conformacion de las partes blandas.* 152

C. *Enfermedades del interior de de la pelvis.* 153

D. *Enfermedades de los órganos genitales externos.* 155

§. II. Por parte de la criatura. 156

A. *Monstruosidades.* 156

B. *Enfermedades.* 157

ART. V. *Signos por cuyo medio se puede conocer durante la preñez si la criatura está viva ó muerta.* 160

CAPÍTULO II.

DE LA MANIOBRA DE LOS PARTOS PRETERNATURALES.

161

PRIMERA PARTE.

De los partos que pueden terminarse con el auxilio de la mano sola.

ARTÍCULO I. IV . 162

§. I. Cuidados relativos á los parientes y á la enferma. 163

§. II. Cuidados relativos al comadron. 163

§. III. Tiempo en que conviene maniobrar. 164

§. IV. Cuidados particulares. 164

§. V. Posicion de la muger. 165

§. VI. Posicion del coma-

dron.	165	§. III. De las presentaciones de las nalgas.	180
§. VII. Agua de socorro.	165	§. IV. De las presentaciones del vértice de la cabeza.	182
§. VIII. Diagnóstico de la posición.	165	§. V. De las presentaciones del tronco.	185
§. IX. Eleccion de la mano.	165	§. VI. Del parto en que se presenta y sale primero el brazo de la criatura.	194
§. X. Modo de introducir la mano.	166	§. VII. Resúmen de las maniobras aplicables á las posiciones de las regiones anterior, posterior, y laterales del feto.	196
§. XI. Tiempo en que conviene introducir la mano.	166	§. VIII. Del parto manual cuando hay dos ó mas criaturas en la matriz.	197
§. XII. De las reglas relativas á la version.	167		
ART. II. <i>De las presentaciones del feto.</i>	168		
§. I. De las presentaciones de los pies.	171		
§. II. De las presentaciones de las rodillas.	176		

SEGUNDA PARTE.

De los partos que requieren el uso de los instrumentos romos.		197		
ARTÍCULO I. <i>Del forceps.</i>	198	§. IV. De las presentaciones de la cabeza estando el tronco fuera.	213	
<i>Reglas generales para la aplicacion del forceps.</i>		201	§. V. Resúmen concerniente á la aplicacion del forceps.	215
§. I. De las presentaciones del vértice de la cabeza.	202	ART. II. <i>De la palanca.</i>	217	
§. II. Del encaje ó enclavadura.	207	ART. III. <i>De los ganchos romos.</i>	218	
§. III. De las presentaciones de la cara.	210	ART. IV. <i>Del lazo.</i>	219	

TERCERA PARTE.

De los partos que no pueden terminarse las mas de las veces sino con el auxilio de los instrumentos cortantes.		220	
ARTÍCULO I. <i>Del régimen, del aborto y del parto prematuro, como medios propios para prevenir la necesidad de operaciones en la madre ó en la criatura.</i>	220	triz.	225
ART. II. <i>De la embriotomia.</i>	222	§. II. De la extraccion del tronco cuando ha quedado solo dentro de la matriz.	226
§. I. De la extraccion de la cabeza cuando ha quedado sola dentro de la ma-		ART. III. <i>De la sinfisiotomia.</i>	227
		ART. IV. <i>De la operacion cesárea abdominal.</i>	234
		ART. V. <i>De la operacion cesárea vaginal.</i>	242
		ART. VI. <i>De la gastrotomia.</i>	243

CAPÍTULO III.

DE LA EXTRACCION PRETERNATURAL DE LAS SECUNDINAS. 245

<p>§. I. De la hemorragia. 245</p> <p>§. II. De las convulsiones. 246</p> <p>§. III. De los síncope. 247</p> <p>§. IV. De la inercia. 247</p> <p>§. V. De la constriccion del cuello. 247</p> <p>§. VI. De las adherencias pre- ternaturales. 248</p> <p>§. VII. De la encarcera- cion. 249</p> <p>§. VIII. Del exceso de volú- men. 250</p>	<p>§. IX. De las presentaciones viciosas. 250</p> <p>§. X. Del aborto. 251</p> <p>§. XI. De las preñeces com- puestas. 252</p> <p>§. XII. Del modo de hacer la extraccion de las secundi- nas. 252</p> <p>Explicacion de las tablas si- nópticas. 254</p> <p>Id. De las láminas litogra- fiadas. 255</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CAPITULO III.

DE LA EXTRACCION PREPARATORIA DE LAS SECUNDARIAS.

242	§ IX. De las yescuciones.	242	§ I. De la berronina.
250	§ X. Del albaro.	243	§ II. De las conyadas.
251	§ XI. De las pectinas com- puestas.	247	§ III. De las amaras.
252	§ XII. Del modo de hacer la extraccion de las secundari- as.	247	§ IV. De la insana.
253	Replicacion de las tablas de las secundarias.	247	§ V. De la conyccion del vello.
254	De las laminas ligeros.	248	§ VI. De las alfileradas pre- paradas.
255	De las laminas ligeros.	248	§ VII. De la decolora- cion.
256	De las laminas ligeros.	249	§ VIII. De los modos de vola- near.

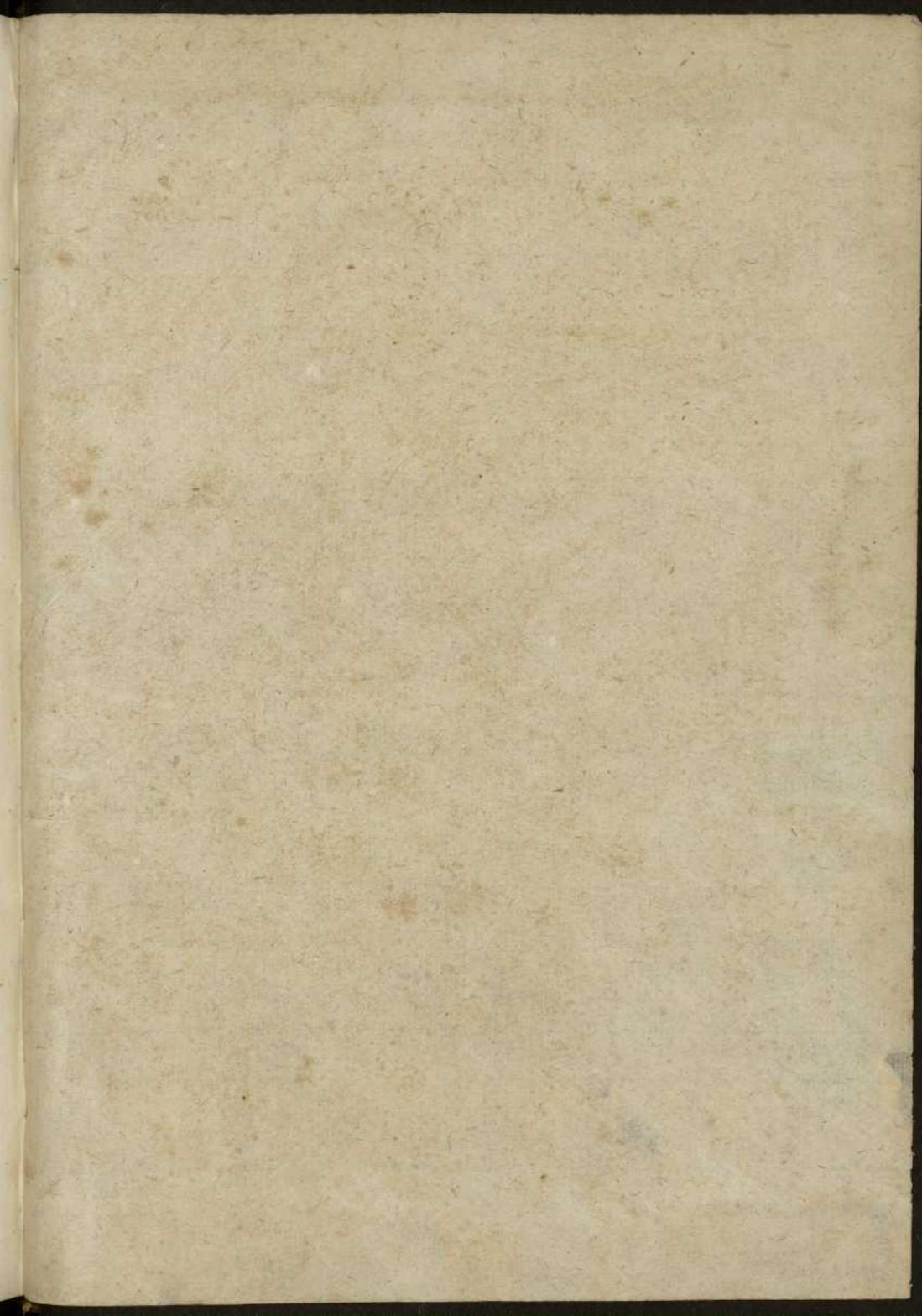
SEGUNDA PARTE.

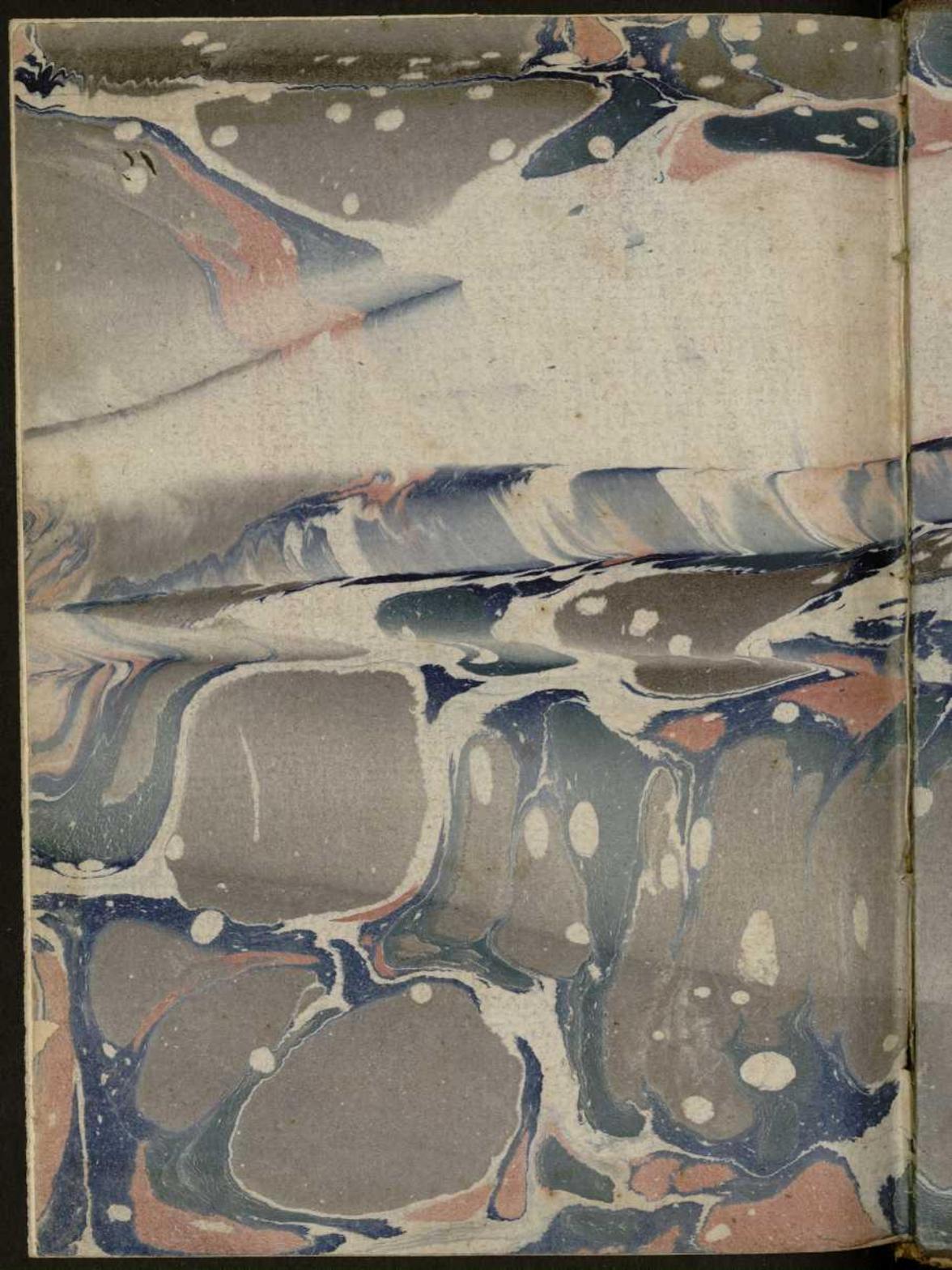
257	ART. I. De la preparacion de la materia prima.	257	ART. VI. De la preparacion de la materia prima.
258	ART. II. De la preparacion de la materia prima.	258	ART. VII. De la preparacion de la materia prima.
259	ART. III. De la preparacion de la materia prima.	259	ART. VIII. De la preparacion de la materia prima.
260	ART. IV. De la preparacion de la materia prima.	260	ART. IX. De la preparacion de la materia prima.
261	ART. V. De la preparacion de la materia prima.	261	ART. X. De la preparacion de la materia prima.

TERCERA PARTE.

De las partes que se pueden tomar de las secundarias para
el uso de las laminas secundarias.

262	ART. I. De la preparacion de la materia prima.	262	ART. VI. De la preparacion de la materia prima.
263	ART. II. De la preparacion de la materia prima.	263	ART. VII. De la preparacion de la materia prima.
264	ART. III. De la preparacion de la materia prima.	264	ART. VIII. De la preparacion de la materia prima.
265	ART. IV. De la preparacion de la materia prima.	265	ART. IX. De la preparacion de la materia prima.
266	ART. V. De la preparacion de la materia prima.	266	ART. X. De la preparacion de la materia prima.





ESTANTE 9.º

Tabla 7.ª

N.º 19







J. HEATIN
CURSO
COMPLETO
DE PARTOS



17.584

