

mo tiempo. Puedo citar sobre el particular un hecho que servirá de ejemplo. Tuve ocasión en cierto tiempo de aplicar el forceps á una señora que insistía en que se la clorofornizara. Al principiar la operación noté algunos signos alarmantes en la enferma: una mujer fuerte, con débil circulación. Me detuve, la dejé recobrar el conocimiento y terminé el parto sin anestésicarla, con gran pesar suyo. Un mes justo después del parto fué á casa de un dentista para arrancarse una muela, respiró cloroformo y murió durante la inhalación. De esto deduzco que no pueden hacerse dos cosas á la vez. La semiinconsciencia de una anestesia incompleta, en la cual está agitada la mujer y sin reposo, hace muy difícil la aplicación del forceps, lo propio que cualquiera otra operación. Ahora bien, á menos que la mujer no esté completamente anestesiada, vale más operar sin darla el cloroformo.

## CAPÍTULO V

## PRESENTACIONES PÉLVICAS

Con el nombre de presentaciones de la extremidad pélvica se tiene la costumbre de comprender todas aquellas en que se presenta una parte cualquiera de las extremidades inferiores del niño. Algunos autores las subdividen en presentaciones de *nalgas*, de *pies* y de *rodillas*; pero aunque sea importante reconocer los pies y las rodillas cuando se presentan, en lo que se refiere al mecanismo y marcha del parto, todos estos casos son idénticos, y por consiguiente pueden estudiarse juntos.

Estas presentaciones distan mucho de ser raras; las de nalgas se observan, según Churchill, una vez cada 52 partos; pero Ramsbotham cree que son más frecuentes y que se observan una vez cada 38,8 partos. Las presentaciones de pies se presentan sólo una vez de cada 92. Ordinariamente son, sin duda, una conversión de una presentación de nalgas en su origen, habiendo descendido los pies durante el parto, ora á consecuencia de un flujo súbito de líquido amniótico cuando la nalga estaba aún movable por encima del estrecho superior, ora por alguna otra causa. Las presentaciones de rodilla son muy raras, como se comprenderá fácilmente si se reflexiona que para su producción deben estar extendidos los muslos y aumentada la dimensión vertical del niño, hasta el punto de hacer muy difícil su acomodación á la cavidad uterina, á menos que tenga muy pequeño volumen. La señora Lachapelle ha encontrado sólo una presentación de rodillas por cada 3.000 partos.

No son conocidas las causas de las presentaciones de nalgas; pero probablemente serán las mismas que las de las demás variedades de presentación anormal, y no es impro-

Frecuencia.

Causas

bable que en ciertas mujeres puedan depender de alguna particularidad en la forma de la cavidad uterina que favorece su producción. Sería difícil explicar de otro modo el caso citado por Velpeau, en que las nalgas se presentaron seis veces.

Pronóstico.

Los resultados, en lo que se refiere á la madre, no son más desfavorables que en las presentaciones de vértice. El primer estadio del parto es generalmente penoso, porque la masa redondeada de las nalgas no se adapta tan bien como la cabeza al segmento inferior del útero, y puede por tanto retardarse la dilatación del cuello. El segundo estadio es, por decirlo así, algo más rápido que en las presentaciones de vértice; y aun cuando se prolonga, siendo blandas las nalgas, no producen una compresión tan peligrosa sobre los tejidos maternos como la cabeza dura y resistente.

La mortalidad infantil en las presentaciones pélvicas es grande.

Respecto al niño, es muy diferente el resultado. Dubois ha calculado que nace muerto un niño de cada once. Churchill cree que es mucho mayor la mortalidad: un niño muerto por cada tres y medio nacimientos. Pero esta estadística da mayor número de muertos que el que resulta de la práctica de la mayor parte de los tocólogos, mucho mayor sobre todo que si se tratasen convenientemente estos casos. A pesar de todo, no puede haber duda de que son muy grandes los peligros que corre el niño aun en las más favorables circunstancias. Y si no muere el niño, puede ser gravemente lesionado. Así, el doctor Rugè (1) ha reunido 29 casos en que encontró fracturas ú otras heridas.

Causa de la mortalidad fetal.

El principal origen de peligro es la compresión del cordón umbilical en el intervalo que transcurre entre la salida del cuerpo y la de la cabeza. En este momento suele ser comprimido el cordón entre la cabeza del niño y las paredes de la pelvis, de tal suerte que se suspende la circulación en los vasos. No puede verificarse la oxigenación de la sangre fetal, y no estando aún establecida la respiración pulmonar, muere asfixiado el niño. Hay otras condiciones que tienden también, aunque en menor grado, á producir igual resultado. Una de ellas es el des-

(1) *Bull. gén. de Thérap.*, 1875.

prendimiento posible de la placenta por las contracciones uterinas antes de que sea expulsada la totalidad del cuerpo, lo que ocurre en realidad en las mismas circunstancias con una presentación de vértice; el resultado es la suspensión de la respiración placentaria. Joulin cree que puede producirse por la compresión de la placenta entre el útero contraído y la masa dura del cráneo fetal. Probablemente todas estas causas se combinan para suspender las funciones placentarias, y si se retarda la salida de la cabeza, es decir, el establecimiento de la respiración pulmonar, es casi inevitable la muerte del niño. Ahora bien, el peligro que corre el niño está en razón directa del tiempo que transcurre entre la expulsión del cuerpo y la de la cabeza.

Los peligros que corre el niño son mayores en las presentaciones de pies que en las de nalgas, porque en las primeras los tejidos maternos están menos dilatados á causa del pequeño volumen de los pies y de los muslos, y por tanto puede retardarse más la expulsión de la cabeza.

Como quiera que el eje mayor del niño corresponde al eje mayor del útero en las presentaciones de nalgas, así como en las de vértice, nada en la forma del útero puede hacernos sospechar la naturaleza de la presentación. Sin embargo, es á menudo bastante fácil reconocer una presentación de nalgas por el examen abdominal si tenemos ocasión de practicarlo (1).

Diagnóstico.

Por palpación abdominal.

La facilidad con que esto puede hacerse depende mucho de cada caso particular. Si la mujer no es muy gruesa, y

(1) La palpación abdominal puede permitir hacer no sólo el diagnóstico de la presentación de nalgas, sino también el de todas las demás presentaciones. Permite también durante el embarazo, y antes del principio del parto, diagnosticar las posiciones. Este procedimiento de exploración, bien manejado, es de capital importancia, y ha sido objeto de un notable trabajo del doctor Pinard (*Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes*, París, 1878). Este señor, después de estudiar detalladamente las condiciones que en concepto suyo favorecen la acomodación, expone el manual operatorio de la palpación abdominal y los preciosos datos que ésta proporciona en las presentaciones de vértice, de cara, de la extremidad pélvica, del hombro y en los casos de embarazo múltiple. El lector podrá consultar si gusta dicho Tratado. Después de haber aprendido, como otros muchos compañeros, á hacer la palpación con el actual jefe de clí-

si las paredes abdominales están laxas y poco resistentes, podremos en general tocar la cabeza redondeada en la parte superior del útero, mucho más dura y de contornos mejor limitados que las nalgas. Nos será aún más fácil el diagnóstico si oímos latir el corazón fetal al nivel del ombligo ó por encima. La mayor resistencia de una de las regiones del abdomen nos permitirá también decir con cierta seguridad en qué lado está el dorso del niño. Sin embargo, todos estos datos son inciertos, y no puede diagnosticarse con seguridad una presentación de nalgas antes de haber hecho el examen vaginal.

Resultados  
del  
examen vaginal.

Particularidad  
en la  
forma de las  
membranas.

El primer fenómeno que nos ilustra al hacer el examen vaginal, aun cuando no esté dilatado el orificio, es la ausencia de la masa globular dura que se toca á través del segmento inferior del útero, de un modo tan característico, en las presentaciones de vértice. Si el orificio está bastante abierto para permitir que sobresalgan las membranas, aunque la parte que se presenta esté demasiado alta para alcanzarse, se advierte la forma particular de la bolsa de las aguas, que en vez de ser redondeada se alarga enormemente á través del orificio como un dedo de guante. Esta particularidad se observa en todas las presentaciones malas, pero es sin duda mucho menos distinta en la presentación de nalgas que en la de pies, porque en la primera están más tensas las membranas, exactamente como en las presentaciones de vértice. Cuando se rompen las membranas no fluyen por grado las aguas, sino que se escapan á menudo en totalidad; porque la extremidad pélvica no llena el segmento inferior del útero tan exactamente como la cabeza, que obra como una especie de válvula y previene la pérdida súbita y completa del líquido.

Diagnóstico  
de la  
presentación  
de  
nalgas.

Con frecuencia en el primer examen, aun estando rotas las membranas, está demasiado alta la parte para ser reconocida con exactitud. Todo lo que sabemos es que no es la cabeza; debe, pues, vigilarse atentamente á la mujer y re-

nica de la Facultad, podemos asegurar que este medio de exploración nos parece el más precioso para llegar, durante el embarazo, al diagnóstico de la presentación y de la posición. No deberá, pues, prescindirse de él, lo propio que de la auscultación y del tacto.

(Nota del Traductor francés.)

petir á menudo el examen hasta diagnosticar la presentación. Si se presentan las nalgas, el dedo choca primero contra una eminencia redondeada, blanda, en la que se puede apreciar, deprimiéndola, una protuberancia ósea: el trocánter mayor. El dedo, dirigido hacia arriba, encuentra un surco, y más allá otra masa carnosa parecida á la primera, la otra nalga. En este surco pueden encontrarse diferentes puntos característicos de la presentación: por un lado, la extremidad movable del coxis, y por encima el sacro duro, con sus crestas rugosas. Reconocidos bien estos puntos, son completamente patognomónicos, pues nada hay parecido en las otras presentaciones. Por delante el ano, en el que se puede á veces, si no siempre, introducir la punta del dedo. Si ocurre esto, es fácil distinguirle de la boca, con la que pudiera confundirse, observando que está desprovisto de bordes alveolares duros. Aun más adelante los órganos genitales y el escroto en los niños, muy tumefacto si se ha prolongado el parto. Así es á veces posible reconocer el sexo del niño antes del nacimiento.

La nalga podría tomarse por la cara, sobre todo cuando está tumefacta; pero esta equivocación puede evitarse fácilmente reconociendo las apófisis espinosas del sacro.

La rodilla se reconoce por sus dos tuberosidades, separadas por una depresión. Puede confundirse con el talón, el codo y el hombro. Se distingue del primero porque presenta dos tuberosidades en vez de una; del segundo, porque el codo está constituido por una tuberosidad aguda entre dos depresiones, en vez de una depresión media y dos eminencias laterales; del hombro, porque éste es más redondeado y no presenta más que una eminencia, de la que parten el acromion y la clavícula.

El pie puede tomarse por la mano, cuyo error se evitará recordando que todos los dedos del pie se hallan en la misma línea, y que el dedo gordo no puede oponerse á los otros, como puede serlo el pulgar. El borde interno del pie es mucho más grueso que el externo, en tanto que los dos bordes de la mano tienen el mismo espesor. Además, el pie se articula en ángulo recto con la pierna, y no puede formar, como la mano, una prolongación directa. Por últi-

Diagnóstico  
diferencial.

Diagnóstico  
de la  
presentación  
de pies.

mo, la eminencia del calcáneo es característica, y no se parece á nada de la mano.

Mecanismo.

Las presentaciones de nalgas, como las de las otras regiones del feto, las han subdividido de muy diverso modo los tocólogos, complicando inútilmente el asunto. La división más sencilla, la que se imprimirá más fácilmente en la memoria del estudiante, es la que consiste en describir cuatro posiciones análogas á las del vértice, representando el sacro el occipucio y determinando las posiciones según la parte de la pelvis hacia la cual se dirige. Así tenemos:

División de las presentaciones de nalgas en cuatro posiciones correspondientes á las de vértice.

La *primera posición ó sacro-anterior izquierda* S I I A (correspondiente á la primera posición de vértice). El sacro del niño mira al agujero oval izquierdo de la madre.

La *segunda ó sacro-anterior derecha* S I D A (correspondiente á la segunda posición—inglesa—de vértice). El sacro del niño mira al agujero oval derecho de la madre.

La *tercera ó sacro-posterior derecha* S I D P (correspondiente á la tercera posición—inglesa—de vértice). El sacro del niño mira á la sínfisis sacro-iliaca derecha de la madre.

La *cuarta ó sacro-posterior izquierda* S I I P (correspondiente á la cuarta posición de vértice). El sacro del niño mira á la sínfisis sacro-iliaca izquierda de la madre (1).

De estas posiciones, lo propio que de las correspondientes de vértice, la primera y la tercera son las más comunes, y su frecuencia relativa depende sin duda de las mismas causas. Las condiciones mecánicas á que está sometida la parte que se presenta son también idénticas; pero los cambios de posición de las nalgas en su marcha no son tan uniformes como los de la cabeza, á causa de su adaptación menos perfecta á la cavidad pélvica. El mecanismo de la expulsión de los hombros y de la cabeza en las presentaciones de nalgas tiene además mayor importancia práctica que la del tronco en las presentaciones de vértice, en el sentido de que la seguridad del niño depende de que se verifique rápida y satisfactoriamente. Bien penetrados de estos hechos, bastará describir brevemente los fenómenos del parto en la primera y tercera posiciones de nalgas.

(1) Recuérdese la nota puesta al pie de la nomenclatura de las posiciones de vértice.

En la primera posición (fig. 110) el sacro del niño mira al agujero oval izquierdo; por tanto, el dorso está colocado hacia la izquierda y delante del útero, y su abdomen hacia la derecha y atrás. El surco de las nalgas está en el diámetro oblicuo izquierdo de la pelvis, el diámetro transversal de las nalgas en el oblicuo derecho y la nalga izquierda es la más accesible. Como en las presentaciones de vértice, las caderas del niño se hallan en el mismo plano, en el es-

Posición del niño en el estrecho superior.

Fig. 110.



Primera posición ó sacro-cotiloidea izquierda de la nalga.

trecho superior, aunque Nægele diga que la cadera izquierda está más baja que la derecha.

A medida que las contracciones obran sobre el cuerpo del niño es empujada gradualmente la nalga á través de la cavidad pélvica, conservando las mismas relaciones que en el estrecho superior; pero su marcha es por lo general más lenta que la de la cabeza, llega al estrecho inferior de la pelvis y gira bajo la influencia del mismo mecanismo que el que produce la rotación del occipucio. Esta rotación de la nalga del niño pone su diámetro transversal en relación,

Descenso.

La rotación no es tan general ó completa como en las presentaciones de vértice.

sobre poco más ó menos, con el diámetro anteroposterior del estrecho inferior; su diámetro anteroposterior corresponde al diámetro transverso de la pelvis de la madre, la cadera izquierda se coloca detrás del pubis y la derecha hacia el sacro. Nægele niega este movimiento, admitido por la mayor parte de los tocólogos. No es dudoso que se verifica en general, pero seguramente no es tan común como la rotación correspondiente del vértice; á menudo no se verifica, y las caderas se desprenden en la dirección del diámetro oblicuo del estrecho inferior. Se dice que el cuerpo del niño no sigue siempre el movimiento comunicado á las caderas, y que se verifica una torsión más ó menos notable de la columna vertebral.

Expulsión de la cadera y cuerpo.

La cadera izquierda está entonces sujeta sólidamente detrás del pubis y se verifica un movimiento de extensión, análogo al de la cabeza en las presentaciones de vértice. La cadera derecha ó posterior gira al rededor de la que está fija, distiende gradualmente el perineo y es la primera expulsada, y en seguida la izquierda. En cuanto se han desprendido las dos caderas salen los pies, á menos que no estén completamente extendidos sobre el abdomen del niño. Bien pronto aparecen los hombros, colocados en el diámetro oblicuo derecho de la pelvis (fig. 111). El hombro izquierdo llega por delante detrás del pubis, en donde se fija; el derecho se desliza sobre el perineo, y es el primero que sale.

Expulsión de los brazos.

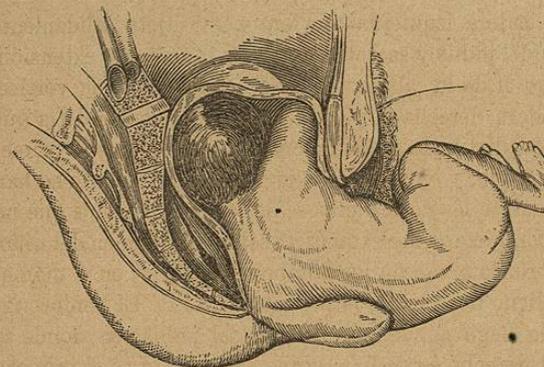
Los brazos del niño están en general colocados sobre su tórax y salen con los hombros. A veces se elevan por encima de la cabeza y constituyen una causa de gran retardo, que aumenta mucho los peligros que corre el niño. Se admite generalmente que esto ocurre sobre todo cuando, para apresurar la salida del cuerpo del niño, se hace alguna tracción sobre éste, y que rara vez se observa cuando se deja á la naturaleza el cuidado de expulsar el cuerpo.

Salida de la cabeza.

Expulsados los hombros penetra la cabeza en la pelvis en sentido contrario, ó en el diámetro oblicuo izquierdo, con la cara mirando á la sínfisis sacro-iliaca derecha. Como quiera que la mayor parte del niño está fuera y que la cabeza ha penetrado en la vagina, el útero, contrayéndose sobre una masa relativamente pequeña, obra con gran des-

ventaja mecánica. Sin embargo, la compresión de la cabeza sobre la vagina es un excitante poderoso; los músculos accesorios del parto entran también en acción, y la expulsión de la cabeza se verifica generalmente sin la asistencia del médico, bajo el influjo de las contracciones. La articulación del occipucio con la columna vertebral le hace experimentar mayor resistencia en su descenso; las contracciones, pues, llevan ventaja en la parte anterior de la cabeza y aseguran así la flexión completa del mentón sobre el esternón (fig. 112). Esta es una gran ventaja bajo

Fig. 111



Paso de los hombros y rotación del tórax.

el punto de vista mecánico, pues la cabeza entra en la pelvis con el diámetro suboccipito-mentoniano en el eje del útero y del estrecho superior. Si se encontrase la cabeza en extensión parcial, como ocurre á veces cuando la pelvis es extraordinariamente ancha, el diámetro occipito-frontal alcanzaría el estrecho superior en una posición menos favorable sin duda á la fácil salida de la cabeza. A medida que desciende la cabeza, sufre un movimiento de rotación; el occipucio gira hacia adelante y á la derecha, detrás del arco del pubis; la cara mira hacia atrás, en la concavidad del sacro. El cuerpo del niño sigue este movimiento, de tal suerte que su dorso está dirigido hacia el abdomen de la madre y su cara anterior hacia el perineo.

La nuca está entonces sólidamente sujeta debajo del arco del pubis, las contracciones recaen principalmente sobre la porción anterior de la cabeza y la hacen deslizar sobre el perineo; el mentón se desprende primero, luego la boca y la frente y, por último, el occipucio.

No es necesario describir las diferencias entre el mecanismo de las posiciones S I I A y S I D A, pues se comprenderán perfectamente recordando las diversas posiciones del vértice; pero diré algunas palabras de las posicio-

Posiciones sacro-posteriores

Fig. 112.



Descenso de la cabeza.

nes sacro-posteriores, eligiendo con este objeto la S I D P, que es la más común. El mecanismo es exactamente inverso al de la primera posición. El sacro del niño mira á la sínfisis sacro-iliaca derecha, y su abdomen hacia delante y lado izquierdo de la madre. El diámetro transversal de las caderas del niño se encuentra en el diámetro oblicuo derecho, la cadera derecha por delante. El desprendimiento del cuerpo se verifica en general exactamente como ya he descrito: la cadera derecha sujeta detrás del pubis.

A medida que la cabeza descende á la pelvis, gira el occipucio, de ordinario, sobre su lado derecho (la rotación se ha hecho ya parcialmente cuando la de las caderas), hasta que viene á fijarse detrás del pubis, y la cara se desliza hacia atrás, á lo largo del lado izquierdo de la pelvis,

Parto en la tercera posición de nalgas.

La salida del cuerpo se efectúa del mismo modo que en las posiciones sacro-anteriores.

en la concavidad del sacro. Este movimiento corresponde exactamente á la rotación anterior del occipucio en las posiciones occipito-posteriores, y es la terminación natural y favorable.

Sin embargo, á veces no se verifica la rotación y el occipucio queda detrás, en la concavidad del sacro. En este caso, las contracciones, bajo la influencia de la causa arriba indicada, deprimen el mentón y producen una fuerte flexión de la cara sobre el esternón, estando fijo el occipucio á la comisura anterior del perineo. Después, como obran siempre sobre la parte anterior de la cabeza, la cara sale primero detrás del pubis, y el occipucio se desliza solo sobre el perineo una vez desprendida la frente. La mayor parte de las obras indican un segundo modo de terminar estas posiciones, fundado en uno ó dos ejemplos; pero aunque mecánicamente sea posible, es sin duda muy raro. El mentón, en vez de estar doblado sobre el esternón, está en extensión completa, y la cara del niño mira por arriba hacia el estrecho superior de la pelvis. Se fija entonces en el borde superior del pubis y allí permanece, mientras que las contracciones obran sobre la parte posterior de la cabeza, que descende á través de la pelvis, distiende el perineo y sale la primera, desprendiéndose después la cara.

El mecanismo del desprendimiento del tronco y de la cabeza, en los casos en que se presentan primero los pies, no difiere sensiblemente del que acabamos de indicar y no exige descripción especial.

De la descripción del mecanismo natural del parto en las presentaciones de nalgas resulta que una de las causas que más dificultades y complicaciones producen es la intervención intempestiva del médico, que tiene por objeto hacer una tracción sobre el tronco, en parte fuera, para apresurar el parto; pero si se recuerda que esta tracción produce casi siempre la elevación de los brazos sobre la cabeza, después la extensión del occipucio sobre la espina dorsal, y una y otra aumentan seriamente las dificultades del parto, se deduce que debe dejarse en cuanto sea posible obrar á la naturaleza.

En cuanto se haya diagnosticado una presentación de la extremidad pélvica, no se hará nada hasta que haya

Rotación de la cadera hacia adelante.

Algunas veces no se efectúa la rotación.

Terminación usual de estos casos.

Mecanismo de las presentaciones de pies.

Tratamiento.

Importancia de evitar la intervención intempestiva.