

CAPÍTULO IV.

De la anestesia en el parto fisiológico.

A poco de descubierta la eterizacion como medio eficaz de suprimir el dolor, fué adoptada en Obstetricia, siendo Simpsor (de Edimburgo) el primero que utilizó este método, del cual fué el preconizador más entusiasta. En 1845 hizo los primeros ensayos, y en 1847 se valió ya del cloroformo, con gran ventaja sobre el éter usado al principio.

El uso del cloroformo como auxiliar de las operaciones tocológicas, fué admitido sin reserva, no solo por los profesores ingleses, sino tambien en Francia y en Alemania, y pudo decirse muy bien ya desde un principio, que la Obstetricia, tanto ó más que la cirugía, se habia aprovechado ventajosamente del gran descubrimiento de Morton. Al tratar de las operaciones tocológicas, veremos de qué manera debe procederse á practicar la anestesia, cuando viene la ocasion de realizar alguna de aquellas. Ahora solo nos ocuparemos de la anestesia en el parto fisiológico, cuestion muy debatida, que no consideran de igual manera todos los profesores, y acerca la cual conviene formarse un criterio propio, para obrar conforme á él en determinadas circunstancias.

Accion fisiológica del cloroformo.—Antes de pasar al estudio de la anestesia, como método, y de fijar las reglas para su aplicacion, conviene recordar, áun que sea rápidamente, la manera como obra sobre el organismo el agente anestésico por excelencia, el cloroformo, puesto que de este conocimiento depende la apreciacion que pueda hacerse de sus indicaciones.

Inhalados los vapores de cloroformo, lo primero que se afecta es la *sensibilidad*, manifestándose una notable excitacion, que han comparado los autores perfectamente al período prodrómico de la embriaguez alcohólica: el sujeto cloroformizado se halla inquieto, su mirada brillante divaga sobre los objetos que le

rodean, la coloracion de la cara aumenta, el más ligero contacto en la piel excita el dolor, es difícil mantener una postura constante y hasta pueden verse manifestaciones que parecen de subdelirio, ó por lo menos de notable exaltacion intelectual. A poco de esto sucede á la excitacion una verdadera obtusion de la sensibilidad, empezando por la periferia, y sucediéndose en el dorso, la cabeza, los miembros, el vientre y los órganos genitales. La puncion sobre la piel de estas regiones no determina dolor, lo cual en la práctica de la anestesia constituye el procedimiento más sencillo y seguro para asegurarse de la insensibilidad periférica. La sensibilidad general está ya casi abolida, la inteligencia empieza á oscurecerse, y aun los sentidos están bastante activos para responder á la excitacion, siendo de notar esa diferente accion del cloroformo sobre las diversas manifestaciones de la sensibilidad, que permite al sujeto anestesiado oír lo que se habla, y ver bastante bien lo que le rodea, á pesar de su estado de estupefaccion general é intelectual. Durante el período de excitacion no existe manifestacion particular en los músculos del ojo, pero en cuanto la anestesia verdadera se establece, el iris se contrae, permaneciendo en este estado mientras aquella subsiste.

Igual alternativa se observa respecto á la *inteligencia*. Excitada en el período prodrómico, cae tambien luego en una estupefaccion progresiva, que empieza por la incoherencia, sigue la laxitud y torpeza, los ensueños fantásticos, hasta llegar al sueño clorofórmico completo (narcose), especie de letargo durante el cual parece completamente suprimido todo acto de conciencia. Se comprende que las manifestaciones de la *voluntad*, y de los *movimientos*, deben seguir esta misma marcha, es decir, la excitacion al principio, seguida de una resolucion y de una falta completa. Esto, sin embargo, debe entenderse respecto á los movimientos voluntarios, no á los que se verifican por el sistema muscular de la vida orgánica. Las contracciones de los músculos de la vida de relacion, siguen realmente á las manifestaciones sensitivas, habiendo casi siempre un período de convulsion, otro de relajacion progresiva que termina en la resolucion completa, cuando dista aun mucho de ser perfecta la insensibilidad; pero en los músculos de la vida orgánica no sucede así, permanecen indiferentes á la accion clorofórmica hasta un período muy adelantado, cuando la accion progresiva del cloroformo sobre diferentes puntos del sistema nervioso acaba por producir la suspension de muchas funciones, constituyendo la que podria

llamarse *anestesia cadavérica*, y á la cual se comprende no debe llegarse nunca. La *circulacion* y la *calorificacion*, se modifican en consonancia con los fenómenos respiratorios, y estos á su vez se aceleran al principio, se hacen tumultuosos, para disminuir luego en intensidad, segun la impresionabilidad de cada individuo, lo cual representa siempre un imprevisto embarazoso en la práctica de la anestesia. Si entra junto con los vapores de cloroformo suficiente cantidad de aire respirable para evitar la asfixia, la respiracion disminuye, pero de una manera regular, sin producir fenómenos notables, pareciendo que el sueño de la sensibilidad se ha propagado hasta la respiracion, en cuyo caso puede prolongarse bastante ese estado sin peligro. Sin embargo, algunos grados más de estupefaccion, indicarian un principio de parálisis en los músculos respiratorios, á la cual no tardaria á seguir la del corazon, produciendo la muerte, como desgraciadamente ha sucedido algunas veces.

Esa progresion de la influencia anestésica del cloroformo, la explican los fisiólogos diciendo, que los vapores de esa sustancia obran: 1.º sobre los lóbulos cerebrales; 2.º sobre el cerebro; 3.º sobre la médula espinal; 4.º sobre la médula oblongada, cuya lesion debe producir la muerte. Sea de esto lo que quiera, la verdad es que la cuestion sigue una marcha progresiva, aunque no siempre regular, y que puede en el terreno práctico determinarse más ó menos fijamente el grado de obtusion á que se pretende llegar bajo el punto de vista científico.

Esos grados de cloroformizacion, vienen reducidos á tres segun la mayoría de los autores: 1.º *periodo de excitacion*, caracterizado por la exaltacion pasajera de la sensibilidad, de la inteligencia y de la movilidad; 2.º *periodo quirúrgico*, caracterizado por la abolicion de las facultades intelectuales; resolucion muscular, abolicion de la sensibilidad general, pulso ancho, blando y poco frecuente; latidos del corazon regulares, es decir, supresion de los fenómenos de la vida de relacion, persistiendo integros los de la vida vegetativa; 3.º *periodo de anestesia orgánica*; puede considerarse como una verdadera intoxicacion clorofórmica, y viene representada por la *casi cadaverizacion* del individuo; la respiracion queda reducida á las cortas contracciones del diafragma con estertor traqueal, el corazon apenas late y la temperatura descende notablemente. Estos son los tres períodos descritos por los fisiólogos, pero nosotros admitiremos otro intermedio entre el 1.º y 2.º, al que denominaremos de *anestesia*

obstétrica, y viene representado por los primeros caracteres del período quirúrgico. Una vez desaparecida la excitación, se presenta una calma relativa, un principio de insensibilidad que hace no se sienta el dolor de la contracción uterina, subsistiendo sin embargo la sensación de la contracción, especie de *analgesia*, con ligera resolución de los músculos de la vida de relación, conservando parte de la voluntad y de la inteligencia suficientes para responder la paciente á las indicaciones del profesor. Este grado de anestesia, que es el que conviene en el parto fisiológico, y aun en muchos casos patológicos, ha sido llamado por los médicos ingleses, *cloroformización á la reina* (1).

Acción especial del cloroformo en el trabajo del parto.—Desde el momento en que ha empezado á hacerse uso de la anestesia en el parto, se ha suscitado la cuestión de la influencia que este procedimiento podía ejercer sobre la marcha del trabajo. En esta parte andan algo discordes los autores que de ello se han ocupado. Según unos, las inhalaciones del cloroformo hacen las contracciones más enérgicas, según otros las disminuyen y hasta llegan á suspenderlas; para unos la acción sedante es pasajera, reapareciendo pronto con más violencia; para otros las hacen regulares; finalmente, hay quien cree que el uso de los anestésicos durante el parto predispone á las hemorragias puerperales, y las hace más refractarias á la intervención médica. Esta divergencia en las opiniones no depende de que los hechos se realicen de distinta manera, sino de una distinta apreciación de los mismos hechos, ó bien, como muy oportunamente dice Pajot (2), de no haber apreciado convenientemente los diferentes grados de acción del cloroformo, representados por distintas manifestaciones funcionales. En efecto, si se sujeta una parturienta al primer grado de anestesia, el llamado de *excitación*, como que esta depende del efecto excitante que el cloroformo ejerce sobre la médula, resultará activada la contractilidad uterina, por acción refleja, como sucede con otros músculos bajo la misma influencia. Por el contrario, si se llega un poco más allá en la anestesia, llegando solo al grado obstétrico, la acción refleja de la médula no se ejerce ya sobre el útero, quedan en este limitadas á su propia esfera las propiedades orgánicas, y la contractilidad

(1) La reina Victoria de Inglaterra fué una de las primeras mujeres que utilizaron la anestesia en sus partos, á cuyo hecho no debe ser extraña la popularidad que en aquel reino ha adquirido el procedimiento.

(2) Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.—(Art. *Anesthésie obstétricale*.)

puede desarrollarse sin estorbo y sin excitacion, asi como el grado ya comatoso de la anestesia produciria indudablemente la suspension completa de las contracciones, al igual que sucede en otros músculos de la vida orgánica. Como á esta no debe llegarse, como ni siquiera el grado quirúrgico debe conseguirse completo, y si solo el grado obstétrico, se comprende que dentro la ley fisiológica no debe esperarse ni la completa resolucion de las contracciones, ni su excitacion, pero sí la supresion del dolor.

Las conclusiones que en esta cuestion nos parecen más conformes con la verdad fisiológica, y hemos visto comprobadas en la práctica son las de Simpson, aceptadas casi sin discusion por Depaul y por Pajot. Resumidas aquellas conclusiones, son las siguientes:

1.^a El estado de anestesia disminuye en mayor ó en menor grado y llega á suprimir *los dolores* del parto.

2.^a La anestesia no disminuye la fuerza ni la regularidad de las propiedades uterinas (*contractilidad, retractilidad*).

3.^a La anestesia *parece* á veces aumentar su fuerza.

4.^a Las contracciones uterinas despues del parto son perfectas y fisiológicas.

5.^a Parece que la contraccion accesoria de los músculos abdominales es más fácilmente excitable por los estímulos artificiales durante la anestesia.

6.^a La anestesia no solamente alivia á la madre de los sufrimientos del parto, sino que la pone al abrigo de los accidentes nerviosos consecutivos, disminuyendo por lo tanto la mortalidad de las paridas.

7.^a El empleo de la anestesia no perjudica al niño.

A estas conclusiones añade Pajot, que no ha visto confirmado el temor expresado por muchos autores de facilitar las hemorragias, á pesar de haber en algunos casos prolongado por largo tiempo (una ó dos horas) el estado anestésico.

Por nuestra parte podemos añadir que la experiencia nos ha comprobado casi siempre las afirmaciones de Simpson y Pajot, pudiendo plantear las siguientes conclusiones: 1.^o En todos los casos en que hemos hecho uso de la anestesia no hemos visto disminuir las contracciones uterinas, de modo que si este procedimiento ha podido facilitarnos alguna vez (dos casos) la version en un útero retraido, no ha sido por suspension de la contraccion uterina, sino por haber colocado á la mujer en un

estado puramente pasivo, y en este concepto se ha hecho más fácil la maniobra. En otros casos ha sido completamente ineficaz.

2.º Cuando hemos usado la anestesia en el parto fisiológico, las contracciones no han disminuido en intensidad, ni en regularidad. Tampoco han faltado las contracciones abdominales desde el momento en que la cabeza ha ocupado la excavacion.

3.º La anestesia ha dominado por completo el estado de excitacion nerviosa de la parturienta, sin influir en la marcha del parto.

4.º No hemos podido comprobar mas que en *un caso* la regularizacion de contracciones espasmódicas, dependientes al parecer de un estado general de eretismo nervioso; en los demás casos en que lo hemos ensayado ha sido ineficaz el procedimiento.

La consecuencia inmediata de todos estos hechos, es que la anestesia no perturba la marcha regular del parto, siempre y cuando se emplee dentro los limites convenidos, y que solo exajerando fuera de estos su accion es cuando se pudieran obtener resultados muy visibles sobre la contractilidad, pero que nunca debemos llegar á ese grado por lo peligroso que es para la que á él se sujeta.

Empleo de la anestesia clorofórmica.—El uso del cloroformo en los casos de parto patológico está perfectamente admitido y hasta podemos decir que al igual que en la cirugía operatoria, es ya una *ley de procedimiento* el emplearlo. A este propósito dice Pajot (1) que tratándose de operaciones tocúrgicas, «el práctico no tiene hoy por hoy el derecho de negar á ninguna mujer los beneficios de la insensibilidad, como no sea por poderosos y graves motivos.» Estos motivos son las contraindicaciones de la cloroformizacion, iguales á las que se establecen para este procedimiento aplicado á las operaciones quirúrgicas. En nuestra España es en donde seguramente está menos generalizado el uso de la anestesia en las operaciones tocológicas, sin embargo del convencimiento casi unánime de lo beneficiosa que es, y de su inocuidad, mayor aun en las mujeres que van de parto, que en otra clase de operados (2). Es de esperar con todo que no se tarde en adoptar la cloroformizacion de una manera general en la práctica civil, puesto que es admitida ya en las clínicas.

Aparte de las operaciones tocúrgicas, úsase tambien la cloro-

(1) Dictionnaire encyclopédique, (loc. cit.)

(2) Opinan algunos autores que existe durante el parto una notable tolerancia para el cloroformo, lo cual hace menos frecuentes los accidentes desagradables (Konitz de Varsovia).

formizacion en otros estados patológicos, como en las contracciones irregulares, en los casos de delirio puerperal, y sobre todo en la eclampsia. De esto debemos ocuparnos más especialmente en otro capítulo; aquí solo nos corresponde hablar de la cuestion en el parto fisiológico, como medio de evitar el dolor.

La oportunidad de la anestesia en el parto natural ha sido diferentemente juzgada por los autores, pues mientras algunos, siguiendo las ideas de Simpson, la aceptan sin más condiciones que la voluntad ó conformidad de la paciente, otros la rechazan en absoluto. En Inglaterra, lo mismo que en los Estados-Unidos de América, es en donde más partidarios cuenta, en términos que la mayoría de profesores la usan en todos los partos, á pesar del empeño que algunos han puesto en publicar todos los casos desgraciados, con el fin de desacreditar el procedimiento. En Francia ha sido generalmente desechada, si se exceptúa por algunos muy pocos profesores, entre ellos Joulin: tambien en Alemania tiene alguna oposicion, representada principalmente por Scanzoni y Krieger, y lo mismo ha sucedido en nuestro país, en el que la discusion habida durante el año 1875 en la Real Academia de Medicina de Madrid, puso de manifiesto la opinion que sobre la anestesia obstétrica profesaban los más autorizados ginecólogos de la corte, resultando que la mayoría de ellos rechazan la anestesia en el parto natural, admitiéndola solamente en las operaciones y en algunas distocias (1).

Por mucho que respetemos la opinion de nuestros maestros, no podemos aceptarla tan en absoluto, y sin que tampoco creamos que deba usarse del cloroformo en todos los casos indistintamente, como procedimiento ordinario, entendemos sí, que estamos autorizados para practicar la anestesia en muchos partos naturales, y que en algunos *debemos* hacerlo, con la seguridad de favorecer la marcha regular del parto amenazada de alterarse.

Demostraremos en pocas palabras el fundamento racional de este criterio.

Por la índole de nuestra profesion venimos obligados á procurar á los pacientes todo el alivio de sus dolores; y el ser estos propios ó constantes en el parto fisiológico, no debe suponer el deber de respetarlos ó de no combatirlos, cuando la naturaleza, que ha establecido como ley el dolor, nos presenta al lado de este la anestesia, que es el antídoto del dolor. No contradecemos pues

(1) Anales de la Sociedad ginecológica española. 1875.

á la naturaleza cuando nos valemos de sus mismos elementos para aliviar al que padece, ni contradecemos la ley divina al querer evitar los dolores del parto, puesto que tanto como estos forman parte de aquella ley las enfermedades, y sin embargo nadie ha negado al hombre el derecho, antes se le ha constituido en el deber de disminuirlas, combatir las y prevenirlas. Creemos, pues, que en este terreno la razon l3gica est3 de parte de los que se creen con el derecho de suprimir 3 por lo menos aliviar los dolores del parto.

Lo 3nico que puede invalidar esta razon es, hoy por hoy, el que los medios que á ello conducen sean peligrosos 3 in3tiles. La cuestion pues debe plantearse de esta manera: ¿La anestesia clorof3rmica va rodeada de tantos peligros, que las ventajas de su uso en el parto natural est3n anuladas por aquellos? La anestesia clorof3rmica, ¿es impotente para producir realmente la insensibilidad en el parto natural?

La primera cuestion est3 siempre sobre el tapete trat3ndose de la anestesia quir3rgica. H3nse publicado numerosas relaciones de los casos en que la muerte s3bita ha sido la consecuencia inmediata de la cloroformizacion. En estos casos ha habido un exceso de saturacion que ha producido el envenenamiento; y aunque no pueda hoy por hoy decirse si esta accion t3xica se debe á la influencia directa del cloroformo sobre el pulmon, 3 á la privacion absoluta de aire respirable, 3 á la par3lisis de los m3sculos respiradores y consecutiva asfisia, 3 finalmente al s3ncope, opiniones todas estas sustentadas por diferentes cirujanos, la verdad es, que cuando ha podido decirse con seguridad que la muerte era producida por la cloroformizacion, y no por la enfermedad 3 por la operacion practicada, se ha podido comprobar tambien que habia habido una mala administracion del cloroformo, 3 era este de mala calidad. Pues bien, esto que es posible en cirugia, porque se exige un grado de anestesia algo pronunciado, que lo es quiz3s en algunas operaciones tocol3gicas, en que es preciso llevar la anestesia muy adelante, no lo es en el parto natural en el que solo se busca el menor grado de insensibilidad, y para conseguir esto se usa un cloroformo bueno, y se administra por un procedimiento que aparte todo peligro. H3se supuesto, que despues de la anestesia eran m3s f3ciles y m3s amenazadoras las hemorragias puerperales. En cuanto á esta idea ha sido formalmente combatida con hechos indiscutibles por Simpson, Dubois, Pajot, etc., y por nuestra parte podemos hacer

constar que nunca las hemos visto producirse por esta causa. ¿Cuáles, pues, pueden ser los accidentes achacables al cloroformo, que nos impidan su uso? ¿Las *irregularidades* de la anestesia, pequeños inconvenientes hijos casi siempre de un procedimiento vicioso? ¿La accion sobre la actividad de las contracciones? ¿La falta de conciencia en la mujer que vá de parto para poder auxiliarnos, ó los peligros que corre la vida del feto por la accion del cloroformo? Nada de esto. Lo primero, está en la mano del operador el evitarlo (1); la accion sobre la contractilidad uterina, ya hemos dicho que era casi nula; el concurso de la mujer, como acto voluntario, no es de absoluta necesidad; así y todo hemos visto en la anestesia obstétrica, obedecer la mujer anestesiada á las indicaciones que le hacia el profesor; finalmente, la accion perjudicial sobre el niño, acusada por Scanzoni y otros, no está probada, y la mayoría de tocólogos opinan que no se interesa la vida del feto.

Racionalmente hablando, pues, no puede fundarse en los peligros de la cloroformizacion, su exclusion en el parto fisiológico.

La segunda parte de la cuestion es ya distinta; ¿la anestesia llena real y completamente el objeto que nos proponemos en el parto normal? Aquí es en donde quizás los hechos no arguyen bastante á favor de la doctrina. No porque la insensibilidad no se produzca, sino porque no siempre podemos cumplir esa indicacion con holgura. El trabajo del parto es largo por lo comun, y cuanto más largo, más necesidad hay de menguar el dolor, y sin embargo, no podemos prolongar horas y horas la cloroformizacion, porque acabaria por producir una molestia real, y al fin un estado peligroso en los órganos respiratorios. Por esto es casi unánime la opinion de los partidarios de la anestesia, de reducirla al período de expulsion, cuando son más enérgicos los dolores, y únicamente en mujeres muy excitables y amenazadas de accidentes nerviosos, ó bien cuando es muy corto, pero excesivamente doloroso, el período de dilatacion, aconsejan en este el practicar la anestesia. Este hecho práctico ha disminuido en verdad algo nuestro entusiasmo por la cloroformizacion, porque la experiencia nos ha convencido de que, cuando más útil y más deseada y más solicitada por las pacientes se presenta, es en los casos de una duracion exajerada del período de dilatacion, cuyos dolores tienen por carácter propio el ser angustiosos, profundos,

(1) PERRIN.—Regles de l' anesthésie.—Dictionnaire encyclopedique des sciences medicales.—Art. Anesthésie.

insufribles, como muy á propósito suelen decir las primíparas. Y en verdad que en tales casos la cloroformizacion es enojosa, tanto para el profesor como para la parturienta, se retarda todo lo que se puede su administracion, y cuando se pasa á ella, ha sufrido mucho la mujer, no aliviándole más que una parte de sus sufrimientos.

Atiéndase, empero, que estas razones no invalidan el uso de los anestésicos; entendemos decir con ellas que, cumpliendo las advertencias de los autores sobre la cloroformizacion, en el parto normal no se produce de ordinario el efecto completo que buscamos y conseguimos en el parto patológico.

En esta apreciacion de los hechos se funda nuestro criterio sobre el uso de la anestesia en el parto fisiológico, criterio que formularemos en las dos proposiciones siguientes:

1.^a El profesor *puede* siempre y cuando no existen las contraindicaciones generales del cloroformo, administrar este anestésico, *en el grado obstétrico* para producir la insensibilidad en el parto fisiológico.

2.^a El profesor *deberá* usar la cloroformizacion, con las mismas condiciones antes citadas, siempre que tema se pronuncien accesos nerviosos, ó sea mucha la excitacion producida por los dolores del parto.

Estas proposiciones no necesitan explicacion; sin embargo, diremos, que la primera implica el derecho que dentro la Ciencia y dentro la Moral médica tiene el profesor de usar la anestesia, pero dejando á su criterio la oportunidad de usar de ese derecho. La segunda indica que hay ocasiones en que debe usarla, precisamente porque viene así obligado en virtud de sus deberes profesionales. No somos partidarios de una complacencia absoluta hácia los enfermos, y por esto, aunque aceptamos en principio la anestesia, no creemos que deba el médico ponerla en práctica por el solo hecho de pedirla las interesadas, como satisfaccion de un capricho, pero que habrá ocasiones en que podrá hacerlo con beneficio positivo de la enferma, y entonces no debe rehusarlo. Quizás cuando se perfeccionen los procedimientos, y se simplifiquen las condiciones generales, acabará por ser un hecho absolutamente admitido, y entonces se anestesiara á *todas* las mujeres en el parto. Pero hoy por hoy, debe tener una limitacion prudente en el criterio del profesor.

Hemos usado con muy buen éxito la cloroformizacion en mujeres nerviosas, en quienes los partos anteriores, con todo y

ser felicisimos, habian hecho apurar todos los recursos para combatir accesos nerviosos que corrian diferentes grados desde la simple agitacion periférica, hasta el delirio histérico más exagerado. Bajo la accion del cloroformo ó del éter (1), el parto se completó siempre de la manera más tranquila, lo mismo que el puerperio. En todos estos casos empezamos á administrar las inhalaciones desde la primera iniciacion de la agitacion nerviosa.

Procedimiento para practicar la anestesia.—Una de las mejores garantías de éxito de la cloroformizacion, es la manera de practicarlo, no siendo extraño muchas veces á los accidentes sobrevenidos, lo vicioso del método seguido. Debe, pues, ante todo, elegirse un cloroformo de buena calidad, muy puro y bien conservado (2). Luego se colocará la parturienta en la postura debida, que puede ser la que adoptamos ordinariamente para el parto normal, es decir, la horizontal en la cama con el tronco ligeramente incorporado y la cabeza apoyada en almohadas. Se procura vaciar préviamente el recto y la vejiga. Un ayudante inteligente se encarga de la administracion del cloroformo: para esto, colocado encima la cama, vierte sobre la parte inferior de una compresa doble, entre cuyas hojas se ha colocado una porcion de hilas informes, como unas treinta ó cuarenta gotas de cloroformo, aplica la parte ó borde superior sobre la raiz de la nariz con una mano, mientras que, sosteniendo con la otra el borde inferior poco elevado, lo agitará suavemente delante la boca y la nariz de la paciente, procurando al acercarle á la cara no tocarla con la compresa mojada. El profesor que asista al parto, se mantiene en su puesto para vigilar la marcha del trabajo con una mano, mientras que teniendo la otra encima la radial, apreciará por el estado del pulso la influencia del cloro-

(1) En un caso usamos con gran éxito el llamado *éther anestésico*, *éther rectificado* venido expresamente de Lóndres, y cuyas cualidades de pureza y perfecta elaboracion estaban completamente garantidas. Los efectos anestésicos fueron tan satisfactorios como con el mejor cloroformo.

(2) El cloroformo se encuentra alterado por la presencia de sustancias extrañas á su composicion normal; y sobre todo por un principio volátil llamado *aceite clorado*, y un aceite empireumático *fuzzle oil*, que parecen ser la causa próxima de los vómitos, las náuseas y el síncope. Su presencia se reconoce por el ácido sulfúrico concentrado que colora el líquido en rojo, y por el cloruro de zinc seco, que precipita una materia grasa negruzca.

El cloroformo de buena calidad, es un líquido incoloro, limpio, trasparente, de sabor azucarado y olor suave que recuerda el olor de la manzana. Echando una gota en el agua, baja rápidamente al fondo del tubo de ensayo, dividiéndose por agitacion en una porcion de pequeños glóbulos transparentes. Si se echan en la mano algunas gotas, se evapora enteramente y queda el epidérmis seco y como apergaminado, cuando es puro, pero si tiene aceite empireumático, queda la piel por algunos instantes cubierta de una mancha grasa, y con un olor picante desagradable.

formo sobre la circulacion. La compresa debe aplicarse como queda dicho, al ir á empezar la contraccion, procediendo luego de distinta manera segun los casos. Si se usa desde el principio del periodo de expulsion, ó durante el de dilatacion, se retira la compresa en cuanto el dolor termine, para reaplicarla cuando sobreviene el nuevo dolor, lo cual produce, sobre todo en las primeras inhalaciones, un grado muy corto de insensibilidad. Pero si se cloroformiza ya al aproximarse el fin del parto, cuando los dolores expulsivos son vivos y continuados, se mantiene la compresa aplicada aun despues que cesa el dolor, hasta conseguir el estado ó grado de anestesia obstétrica; si la mujer se agita con los síntomas del periodo de excitacion, no deben suspenderse las inhalaciones, sino añadir más cloroformo á la compresa hasta conseguir la insensibilidad apetecida. Entonces se retira la compresa dejando respirar libremente á la parturienta, hasta que un quejido ó muestras de mayor sensibilidad indican la desaparicion de la anestesia, en cuyo caso se vuelve á agitar durante algunos minutos la compresa delante de la nariz y boca. Este estado debe mantenerse hasta que el parto se complete, pero sin perder de vista nunca ni la marcha de este, ni el estado de la circulacion, para modificar segun convenga la anestesia. Desde el momento en que acaba de salir el feto, debe abandonarse la cloroformizacion y hacer respirar holgadamente una corriente de aire fresco á la parida, con lo cual desaparece con rapidez el estado anestésico.

Cuando se anestesia para practicar una operacion, debe procederse de igual manera, empezando la maniobra en el momento en que esté establecido el grado de anestesia obstétrica, que es ordinariamente suficiente para producir la insensibilidad en casi todas las operaciones tocológicas. En estos casos, debe asistir otro profesor exclusivamente encargado de vigilar el pulso, mientras el otro opera, auxiliado por sus ayudantes.

Contraindicaciones de la cloroformizacion.—Hemos dicho que no debia anesthesiarse, cuando existen las contraindicaciones generales de este procedimiento, que recordaremos aqui son principalmente las afecciones del aparato respiratorio y de la circulacion. Añadiremos que existen algunos especiales de la anestesia obstétrica, así es que se opone al uso del cloroformo el tratarse de un parto muy prolongado, durante el cual por la fuerza del dolor y el padecimiento moral, la mujer ha perdido muchas fuerzas. En tal caso debe abstenerse de anestesiar, pues es peligroso

que bajo esta influencia caiga la mujer en un colapso difícil de dominar. Tampoco deben darse las inhalaciones clorofórmicas, en un caso en que haya habido hemorragias copiosas, como sucede en ciertos casos de *placenta prévia*, pues igual peligro que en el caso anterior ofrece el desvanecimiento de la enferma por la pérdida sanguínea.

NOTA. Como complemento á la historia del parto fisiológico, y para ilustrar al práctico en el ejercicio de lo que muy bien puede llamarse *Arte tocológico*, continuaremos algunas estadísticas, relativas á la duracion del parto y á la mortalidad ocasionada por el mismo.

La estadística de Mad. Lachapelle, versa sobre un total de 2.555 partos, y dá las cifras siguientes:

Duracion de	1 hora	400 casos.	Duracion de	12 horas	175 casos.
2	.	257	.	45	67
5	.	257	.	43	51
4	.	529	.	24	26
5	.	212	.	50	9
6	.	517	.	56	6
7	.	442	.	48	4
8	.	250	.	60	4
10	.	174	.		

Lo cual dá la cifra mayor de casos para la duracion de cuatro horas, siguiendo á esta la de seis horas, y resultando un término medio de cinco á seis horas.

La estadística de Mecriman sobre 226 casos, dá un término medio de 15 horas, y la de Mawsell sobre 442, resulta de diez y media horas. La diferencia entre estas últimas y la de Mad. Lachapelle, estriba principalmente en que cuentan en su asistencia mayor número de casos difíciles, en proporcion á la primera, que en la gran mayoría eran normales.

Nuestra estadística particular, aunque bastante corta, pues solo puede versar hoy sobre un total de 160 partos, muchos de ellos distócicos, nos dá un término medio de 12 horas, más próximo á la estadística de Mawsell, que á la cifra admitida por muchos autores de 6 á 7 horas, que hemos consignado en la página 251. Creemos tambien que la duracion mayor de los partos distócicos aumenta la cifra media de nuestra estadística.

En cuanto á la mortalidad que ocasionan los partos, encontramos los datos siguientes:

MORTALIDAD PARA LAS MADRES.

Husson, (Maternidad de Paris). . .	En 155.105 partos,	7.373 defunciones	1 por 21
Tarnier, (id. id.). . .			1 por 19
Collins (Hospital de Dublin). . .	16.414	164	1 por 120
Farnier (Práctica civil).	3.222	10	1 por 322
Trebuchet (id. id.).			1 por 520

De lo cual resulta que es mucho más considerable la mortalidad en los hospitales y maternidades, que en la población. De los estudios de Clarke y Simpson, resulta también mayor mortalidad en los partos de fetos varones que en el de hembras, en la proporción de 165 de los primeros por 100 de las segundas.

MORTALIDAD PARA LOS HIJOS.

Mad. Lachapelle.	37.895 nacidos.	1.526 fallecidos.	1 por 25
Collins.	13.654	1.121	1 por 28
Dubois (Maternidad.)	10.105	212	1 por 48

También según los citados Clarke y Simpson es mayor la mortalidad en los varones que en las hembras en la proporción de 122—142 varones por 100 hembras.

CUARTA PARTE.

DISTOCOLOGÍA.

Concepto.--Definicion.--Clasificacion.

Concluida la parte de este libro que se refiere al parto, como funcion normal, debemos pasar ya á considerarlo bajo su segundo punto de vista, aquel en que se presenta con aberraciones de las leyes fisiológicas que hacen de él un hecho anómalo. Damos á esta parte el nombre de *Distocología* (de δύτ difícilmente, τóκοτ parto, y λόγοτ discurso) ó sea tratado de la distocia, palabra que comprende todos los casos que se separan de la normalidad.

Esta parte de los estudios tocológicos no la han comprendido todos los autores de igual manera; mientras para unos se ha considerado como anormal el parto cuando solo podia terminar artificialmente, fundando por lo tanto en la intervencion activa la condicion necesaria para calificarlo, otros por el contrario, han buscado en la manera misma de producirse los fenómenos del parto la razon de su anormalidad, y otros finalmente, se han fijado con preferencia en las causas, para dar á las anomalias nombre propio como á hechos patológicos. Sin embargo, la idea de dos grandes agrupaciones, tal como queda indicado en el capítulo *parto*, es decir, parto normal y parto anormal, predomina en todos tiempos, y de una manera exclusiva desde Velpeau, que fué quien primero dió á la palabra *distocia* la significacion lata que hoy tiene.

Distocia, derivada de las voces griegas δύτ y τóκοτ, tiene etimológicamente un sentido muy extricto, pero con el objeto de generalizar, y hacer por lo tanto más fácil la comprension de los objetos dentro los limites de la exactitud científica, se extiende á todos aquellos casos en que no se cumplen los fenómenos que

caracterizan el parto normal, y por lo tanto comprende todas las circunstancias que de cualquier manera lo hacen difícil, irregular ó imposible de terminar por las solas fuerzas naturales, y que disminuyen ó anulan las garantías de vida de cualquiera de los dos séres que intervienen en la funcion. Así como hemos admitido la noción de parto en el sentido más lato, de modo que entran en su concepto todos los procedimientos por los que puede ser *expelido ó extraído* el feto, de igual manera debemos incluir en la noción de distocia, todo lo que, como parto, se realiza fuera de las leyes naturales que le rigen. Ya expusimos antes cómo se comprendian estas leyes, reducidas á tres, á saber: 1.^a *Ley, de tiempo*, como condicion absoluta de desarrollo perfecto en el nuevo sér; 2.^a, *de lugar*, como condicion anatómica necesaria para que los hechos se realicen con garantías de inmunidad respecto de los factores, y de éxito respecto á la funcion final; 3.^a, *de mecanismo*, como condicion fisiológica, sin la cual el proceso particular que constituye el parto, no tendria precision, ni responderia á las necesidades órgano-dinámicas que esta funcion debe llenar. Sobre esto fundamos tambien la clasificacion de las distocias.

Así, sin embargo, no es aun completa la noción de distocia, porque puede muy bien el parto presentarse conforme á todas sus leyes, y marchar regularmente á la terminacion natural del mismo, y sin embargo convertirse en una amenaza directa para una, ó para ambas vidas comprometidas, y esto sucede siempre que un accidente grave viene á complicar el parto. En este caso, dice muy bien Nøgele, nada se opone á la marcha del parto; el feto puede ser expulsado por las solas fuerzas naturales, pero se cruza en su decurso un accidente que amenaza la vida de uno de los dos factores, y urge intervenir activamente para evitarlo. De esta noción surgen naturalmente dos grupos muy distintos de distocias; uno que se funda esencialmente en la aberracion ó viciacion absoluta de los factores; otro, que tiene su razon en un hecho accidental y ageno al mecanismo del parto. Fundándonos en estas ideas de Nøgele, que son profundamente racionales y prácticas, y partiendo del principio que, la noción de parto es la más lata que puede admitirse, tanto si se trata de los hechos normales, como de los anormales, definiremos la distocia «*El parto que se separa de las leyes normales que le rigen respecto á tiempo, lugar y mecanismo; ó que, sin separarse esencialmente de estas leyes, se complica con accidentes que ponen en peligro la existencia de uno ó ambos séres que en el mismo intervienen.*»

Para hacer metódicamente su estudio, conviene clasificar las distocias; y en esta parte existe gran variedad entre los tocólogos. Unos han basado la clasificacion en la indicacion que habia que cumplir, dividiéndolos en partos que exigen la intervencion terapéutica, partos que exigen la intervencion manual simple, y partos que deben terminar con instrumento. Esta clasificacion es altamente defectuosa, porque el género de intervencion no puede determinar la indole del caso patológico, y un mismo hecho anormal exigirá diferentes maneras de intervenir segun ciertos caracteres individuales, y hasta segun el criterio ó la voluntad del profesor. Otros han fundado la clasificacion en el resultado final probable del caso distócico. Viciosa clasificacion tambien, porque una misma anomalia puede terminar de muy diversas maneras segun las condiciones de que se rodea el individuo, y en prueba de ello que en la mayor parte de las distocias, veremos que el pronóstico puede variar, aun haciendo caso omiso de la intervencion. Para algunos ha servido de fundamento la causa que las originaba, y estos se hubieran acercado mucho á la precision científica, si hubiesen fijado las verdaderas causas fisiológicas. Finalmente, la mayor parte de los autores modernos han clasificado segun el factor y parte de este en el cual existia la aberracion.

En este último sentido la division de las distocias en *maternas*, *fetales*, y *de los anexos*, puede decirse que es la clásica, pero tiene tambien el inconveniente de que admitiendo en toda su latitud la nocion de parto, se presentan algunas anomalias que no tienen cabida en ningun grupo, por esto Joulin que la admite, ha tenido que formular un grupo de distocias *complexas* ó *mixtas*, es decir, que puede referirse á los dos elementos, incluyendo en ella el parto retardado, el parto prematuro y el aborto; hechos patológicos que la mayoría de autores tratan por separado, no considerándolos como distocia, sino como un fenómeno distinto del parto referible á la Patología de la gestacion.

Como el fin de la definicion y division del parto ha sido dar de él una nocion extrictamente fisiológica, creemos consecuente hacer lo mismo con la distocia, y puesto que la definicion de esta es tambien fisiológica, puede serlo la clasificacion, tanto más cuanto que la base de esta viene involucrada en la ya dada definicion. Partiendo de esta idea, y sin ánimo de anular las clasificaciones anteriores, sumamente respetables, estableceremos aquí la que viene desarrollada, sobre la nocion de los partos anormales.

Clasificación.—La primera gran división de las distocias, se funda en las dos agrupaciones admitidas por Nœgele, es decir: 1.º distocia por aberración de las leyes fisiológicas del parto; 2.º distocia por complicación accidental. De aquí los dos grupos de distocias, que llamaremos *esencial* y *accidental*. El primer grupo implica imposibilidad, ó cuando menos dificultad notable en la marcha del parto; el segundo supone libertad en la marcha, aun cuando el accidente sobrevenido puede ser fatal á las dos existencias comprometidas.

La distocia esencial se subdivide en tres clases, segun la noción que hemos dado de la distocia, consistente en la aberración de sus leyes. La alteración pues de las leyes de tiempo, lugar y mecanismo, supondrá tres maneras distintas de afectarse la esencialidad del parto, conforme se ha definido. Las aberraciones de las leyes de tiempo no pueden ser mas que por exceso ó por defecto de duración en el período de gestación, y de aquí que comprenden el *parto retardado*, el *parto prematuro* y el *aborto*, casos en que se hace anómalo el parto, por presentarse antes ó después de llenadas completamente las condiciones de desarrollo del producto engendrado. Puede tambien llamarse *heterocronia* del parto.

La segunda clase se refiere á aberraciones locales, falta de las leyes que presiden á la manera de ser de los factores, y esta falta de correspondencia entre ambos puede á su vez ser *absoluta* y *relativa*: la primera es un vicio anatómico de cualquiera de los dos factores; el parto no podrá marchar porque uno de ellos está viciado; la segunda es una falta de correspondencia, por alteración de la ley que fija las partes del contenido que deben coincidir con otras partes correlativas del continente. La importancia en ambos casos es muy distinta, tanto bajo el punto de vista del pronóstico, como de la conducta que debe seguirse, puesto que la aberración absoluta, *anatómica*, como irremediable, exigirá tal vez procedimientos graves que suplan el defecto de la naturaleza; al paso que la aberración relativa, es remediable por una intervención que restablezca la armonía, y por lo tanto favorezca los esfuerzos espontáneos de la naturaleza. La distocia absoluta en este sentido se subdivide en otros dos órdenes, segun que la viciación resida en los órganos continentes ó en el organismo contenido. Aquí se incluyen todas las viciaciones de la pelvis y de las partes blandas, las anomalías y deformidades del feto, y las preñeces extra-uterinas, en las que la esencia de la distocia consiste

en no tener el sitio donde se ha desarrollado el feto las condiciones anatómicas que corresponden á la funcion parto. Las aberraciones relativas no son ya alteraciones anatómicas, lo que hay es una mala coordinacion de los factores, de modo que consideraremos la aberracion de las leyes de lugar subordinada á la posicion ó actitud del feto con relacion al trayecto que debe recorrer, comprendiendo por lo tanto las presentaciones y posiciones viciosas, y las prosidencias y ascension de los miembros.

La tercera clase, ó alteracion de las leyes de mecanismo, se refiere á la distinta manera de desarrollarse la fuerza efectiva que dá impulsión al feto, ó á la perversion de los movimientos de este, dando por resultado una progresion distinta de la normal. Comprende todas las anomalias de la contractilidad uterina, y la alteracion en el mecanismo normal de los tiempos.

El segundo grupo de distocias, comprende las accidentales, es decir, las que consisten en fenómenos que sobrevienen antes ó durante el parto, de suerte que no se oponen directamente á la marcha de este, pero que amenguan de una manera cierta la vida de los dos séres que se hallan comprometidos. Dividiremos este grupo en tres clases: 1.^a accidentes anteriores á la época normal del parto; 2.^a accidentes propios del parto, con cuyo mecanismo guardan cierta relacion; 3.^a accidentes que lo mismo pueden verse antes que durante el parto, y cuya significacion puede estar enlazada con este, ó por el contrario ser agena á su influencia.

Los accidentes anteriores al parto afectan directamente á la matriz, y su resultado inmediato suele ser provocar el parto prematuro ó el aborto: este se verifica sin entorpecimientos en su mecanismo, pero el feto muere de ordinario, y la madre es fácilmente tambien victima del mismo accidente. Compréndense en esta clase las nosorganias del aparato sexual, muy especialmente los tumores del útero, y las inflamaciones agudas de este órgano, con ó sin comunicacion al peritoneo.

Como hecho accidental simultáneo con el parto, é hijo casi siempre de alguna de sus evoluciones, se encuentran las rupturas. Si estas tienen lugar en el útero, es casi segura la muerte inmediata de la madre, y muy comprometida la suerte del hijo; si tienen lugar en la vagina ó vulva, el accidente es menos grave, aunque atenta tambien á la integridad orgánica y funcional del organismo materno.

Finalmente, ocupan la tercera clase ese grupo de accidentes graves que pueden aparecer indistintamente en todo el decurso de

la gestacion y durante el parto, que provocan unas veces el aborto, otras la muerte del feto en época en que tenia ya condiciones de viabilidad, que ponen en peligro y arrebatan muchas veces la vida de la madre, en fin, que si se producen en el tiempo del parto obligan á establecer procedimientos gravísimos con el fin de salvar en lo posible una de las dos existencias. Comprende la *eclampsia* y las *hemorragias*.

Tal es la clasificacion y division metódica de las distocias, sobre la cual se desarrollará el estudio particular de cada una de ellas.

Las distocias en general, importantes siempre porque convierten una funcion fisiológica, en un hecho patológico, y por lo tanto dignas de ser estudiadas como la parte capital de la Obstetricia, no tienen sin embargo todas ellas igual trascendencia en la práctica ni como frecuencia, ni como causantes de grave peligro en la vida de los séres. Así, por ejemplo, el aborto, que es una de las distocias más comunes, produce, cuando no puede detenerse su marcha, la pérdida inevitable del hijo, pero la madre no siempre vé comprometida su existencia. La viciacion de las fuerzas expulsivas, no tiene más influencia perniciosa que la de hacer irregular, ó de prolongar el trabajo, pero, como no se presenta en un período adelantado de este, no es fatal para el feto, y á la madre solo le produce cansancio. En cambio las viciaciones son un obstáculo tan sério á la marcha del parto que exigen operaciones graves siempre, y á menudo de la índole de las cruentas, obligando ó á sacrificar al niño ó á abrirle un camino artificial al través de los órganos blandos de la madre, que expone á esta seriamente á ser victima de la operacion. Hay distocias que son remediabiles pudiendo artificialmente cambiar el orden de los factores, ó modificando sus relaciones mútuas, como sucede en las *esenciales relativas*; la naturaleza entonces, regulada, si así puede decirse, por el arte, se basta á sí sola y puede completar felizmente la funcion. Otras por el contrario no son remediabiles mas que sustituyendo el arte á la naturaleza deficiente; y aunque esto se hace muchas veces imitando sus procedimientos, aunque en cuanto es posible el arte se amolda á las condiciones orgánicas de las regiones en que opera, en otros casos no basta esto, ha de emplear procedimientos no naturales, violentos, y esto se convierte en causa próxima de trastornos trascendentales. Las distocias accidentales por su parte, aunque parezca que no deben tener la influencia que las otras, son sin embargo gra-

visimas, y no hay más que considerar las muchas víctimas que todos los días ocasionan la eclampsia puerperal y las hemorragias, para comprender la notable trascendencia de unos fenómenos que, si no entorpecen la marcha del parto, son sin embargo tan desastrosos para la vida.

La importancia del estudio de las distocias no solo se funda en la necesidad de completar los conocimientos en la parte patológica del parto, sino que es principalmente práctica. El médico al lado de una mujer que presenta un parto normal, poco hace, limitándose su papel al de simple vigilante de las funciones que se desarrollan, y tutor de aquellas dos existencias. Pero frente á un parto distócico, ha de luchar con grandes obstáculos, ha de cumplir notables indicaciones, ha de practicar operaciones delicadas, y todo esto no podrá hacerlo cumplidamente si desconoce alguno de los detalles de las distocias, si no posee perfectamente el conocimiento de cuanto se refiere á la patología del parto, á la manera de manifestarse, al modo de conocerla y á los medios de tratarla.

Hé aquí reducida á un cuadro la clasificacion de las distocias, que servirá de pauta para su estudio individual.

	De tiempo	{ Parto retardado. Parto prematuro. Aborto.
Esenciales.	Por aberración de las leyes normales.	De lugar.
Accidentales.	Por complicaciones	De lugar.
		{ Vicios de conformación del esqueleto. Vicios de conformación de las partes blandas. Heterotopia ó error de lugar en el desarrollo del feto (preñez extra-uterina).
		{ Deformidades y monstruosidades. Fetos múltiples adherentes. Anomalías de los anexos.
		{ Presentaciones ó posiciones viciosas. Procidencias y elevaciones de los miembros.
		{ Viciación de las fuerzas expulsivas. Alteración en el mecanismo normal de los tiempos.
		{ Nosogonias del aparato sexual. Inflamaciones agudas del mismo. Tumores en los órganos vecinos.
		{ Rupturas.
		{ Eclampsia. Hemorragias.

CAPITULO I.

Distocia por aberracion de las leyes de tiempo.

I.

Parto retardado.—Parto prematuro.

El término medio de la duracion de la gestacion, está admitido en 280 dias, poco más ó menos, atendidas las diferencias individuales que pueden llevar á esta cifra insignificántes variaciones. Cuando el parto aparezca antes ó despues de este periodo, habrá una perversion de las leyes de tiempo, que son, como hemos dicho, la condicion necesaria del desarrollo fetal. Tres divisiones se han hecho de este objeto, segun la época en que el parto sobreviene: así se llama *parto tardío* cuando se realiza despues de los 290 dias, *parto prematuro* el que tiene lugar entre los 180 y 270 dias, y finalmente *aborto* ó *parto abortivo* el que tiene lugar durante los 180 dias primeros de la gestacion.

PARTO TARDIO.—La cuestion del parto tardío es una de las más difíciles de establecer en términos precisos, por las grandes dificultades que existen para apreciar el principio exacto de la gestacion. Así es, que existiendo, como debe existir indudablemente, una duracion fija y precisa para el embarazo normal, no ha podido menos que señalarse un limite de aproximacion entre 270 y 280 dias. Ahora bien; si esta duda existe siempre en los casos que no se separan de lo regular, deberá ser mucho mayor en los que, alterándose su duracion, toman limites extraordinarios. Como máximo de duracion no podemos establecer ninguna cifra, habiéndose visto sobrevenir el parto á los 300, 310, 320 y hasta 328 dias (Moreau). Estos retardos en el parto pueden depender de causas muy diversas, siendo quizás una de las más frecuentes la resistencia del cuello á la dilatacion, en cuyo caso se ha visto casi siempre presentarse conatos de parto al llegar la época nor-

mal, mas luego se han suspendido los dolores, y no han reaparecido hasta una época más ó menos lejana. Yo he visto una vez retardarse el parto bajo la influencia de una impresion moral muy viva; el retardo fué de unos 20 dias. Las inclinaciones de la matriz pueden alguna vez producir estos resultados.

El parto tardío ó retardado tiene principalmente importancia en Medicina legal, en la cual se presentan á menudo casos de discusion basados en la posibilidad ó imposibilidad de una larga duracion del embarazo. Como base científica para resolverlas cuando se presenten, dentro la verdadera acepcion de las doctrinas embriológicas modernas, diremos que son tantos los ejemplos bien comprobados de gestaciones que han llegado á los 300 dias, que no debe haber duda en admitirlas, de modo que el término legal que fijan las leyes en 301 dias, es perfectamente fisiológico; pero esto no quiere decir que sea imposible una mayor duracion, puesto que hay de ella ejemplares, aunque no numerosos, y que por lo tanto puede admitirse sin escrúpulo, siempre que las razones aducidas para probarla sean suficientes.

El parto retardado es á veces una distocia peligrosa para la madre y para el hijo. Si las condiciones de ambos son sanas, el feto sigue creciendo y desarrollándose, y al venir el parto, su volumen puede haber adquirido proporciones que hagan dificultosa la evolucion; la cabeza, sobre todo, puede estar adelantada en su osificacion, y la falta de movimiento de sus huesos producir una dificultad en la expulsion. Dos casos he visto, bien comprobados, de parto tardío, y en ambos acaeció de la manera expresada. El primero, que se presentó con caracteres notables y del cual di cuenta en la *Gazette obstetricale de Paris*, (5 Mars, 1875), acaeció unos 20 dias despues de la época normal; las suturas estaban osificadas y hubo necesidad de extraer el feto con el forceps. En el otro se habia prolongado la gestacion hasta los 300 dias indudablemente, el parto fué penosísimo, tardando la cabeza siete horas en practicar la rotacion y el desprendimiento del estrecho inferior, siendo la madre bien constituida y las dimensiones de su pélvis regulares. El niño nació excesivamente desarrollado, muy adelantada la osificacion de las fontanelas, y con los dos incisivos medios inferiores perfectamente salidos. En este sentido, pues, puede el parto retardado ser un caso comprometido, y ofrecer peligro dentro exclusivamente del concepto en que lo venimos considerando.