

3.º Del lado de la sinóstose, la superficie interna de la pared lateral, y la mitad lateral de la pared anterior de la pélvis, es menos cóncava; la otra mitad de la pélvis, se distingue tambien de la conformacion normal, porque la línea innominada es menos curva en su porcion posterior, y más en la anterior.

4.º Como resultado de estas alteraciones locales, el aspecto general de la pélvis presenta lo siguiente: una oblicuidad de la pélvis y una estrechez en el sentido del diámetro oblicuo que parte de la sínfisis normal; al paso que en sentido del diámetro opuesto, es decir, el que parte de la sinóstose, no hay estrechez y hasta puede ser más largo que el normal. El plano del estrecho superior se parece á un óvalo oblicuo, cuyo diámetro menor esté formado por el oblicuo acortado. La distancia sacro-cotiloidea del lado de la sinóstose se halla disminuida, y aumentada la del lado opuesto: de esto resulta una completa asimetría, y esto en todas las dimensiones conocidas, siendo desiguales las distancias que en la pélvis normal tienen la misma cifra. Todas las pélvis afectadas por esta viciacion, presentan la particularidad de no diferenciarse entre sí, mas que por el grado de la oblicuidad y el lado de la sinóstose. La estructura de los huesos no está alterada.

La desproporcion entre los diámetros, en la mayor parte de ejemplares que existen, no es grande, y el parto se puede verificar bien, sobre todo si la cabeza del feto se coloca en el sentido del diámetro oblicuo no acortado. El origen de esta lesion, se refiere por la mayor parte de autores á una inflamacion de la sínfisis, desarrollada en época precoz de la vida, y aun durante la existencia intra-uterina; Nögele la atribuia á una anomalía de formacion original. Thomas ha escrito sobre este particular una buena monografia, que completa la del profesor de Heidelberg, y á ella referimos al lector que quiera más detalles (1). Como despues de los trabajos de Nögele y Thomas, se han ocupado de este asunto casi todos los autores de obras de Obstetricia, han ido apareciendo variedades de la misma forma que disintiendo algo del tipo primitivo, por los detalles, y por la génesis, convienen sin embargo en ser oblicuas ovals. Como último resúmen de estas disensiones, Depaul propone tres variedades, referibles á la misma forma: 1.ª La más frecuente y conocida, se caracteriza por la fusion del sacro con el ileon, y atrofia de los ele-

(1) A. G. S. Thomas. *Das schragverente Becken*, Leyden 1861.

mentos articulares, constituyendo el tipo verdadero de la pélvis de Nöegele; 2.^a Caracterizada por atrofia del ileon y mitad del sacro, pero sin existir sinóstose de estos dos huesos; 3.^a No ofrece sinóstose ni atrofia, y la oblicuidad es generalmente debida á la presion ejercida por la cabeza del fémur luxado congénitamente (Fig. 75.^a)

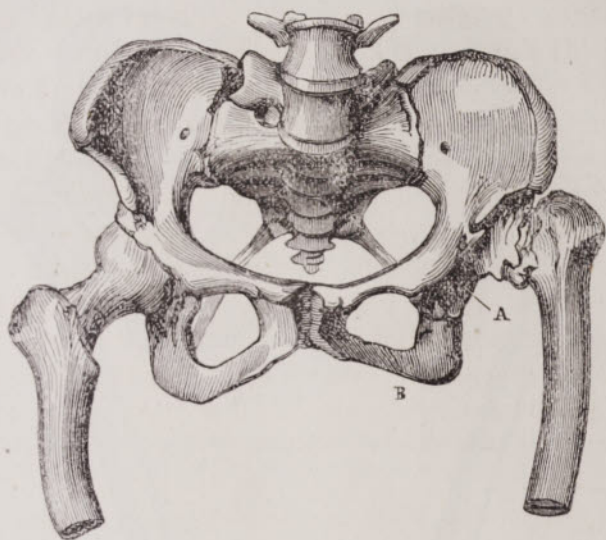


Fig. 75.^a—Pélvis deformada por luxacion congénita del fémur unilateral. (3.^a forma de la 3.^a variedad de la 2.^a clase del 2.^o grupo.)—A—Articulacion abandonada por la cabeza del fémur.—B—Tuberosidad ciática arrastrada hácia arriba.

Finalmente mencionaremos, como variedades descritas por algunos autores, pero que pueden fácilmente referirse á alguna de las formas citadas, la pélvis raquítica cifo-escoliótica; la pélvis alterada por doble luxacion del feto (fig. 76.^a) y la pélvis con hendidura sinfisaria congénita (*pélvis hendida*), de Litzmann). (V. Schröder.)

4—Deformaciones y degeneraciones óseas.—Traumatismos.—Variedades.—Anomalías en las vértebras.

Al tercer grupo de viciaciones de la pélvis, corresponden las debidas á fracturas malamente consolidadas, degeneraciones de los huesos, neoplasias, y anomalías en la manera de articularse las vértebras lumbares.

Todos los autores han descrito las pélvis que se encuentran

en algunos museos, alteradas en su forma por la manera irregular de consolidarse una fractura. Se comprende perfectamente que, despues de un gran traumatismo que haya producido fracturas múltiples en los huesos de la pélvis, es muy posible una

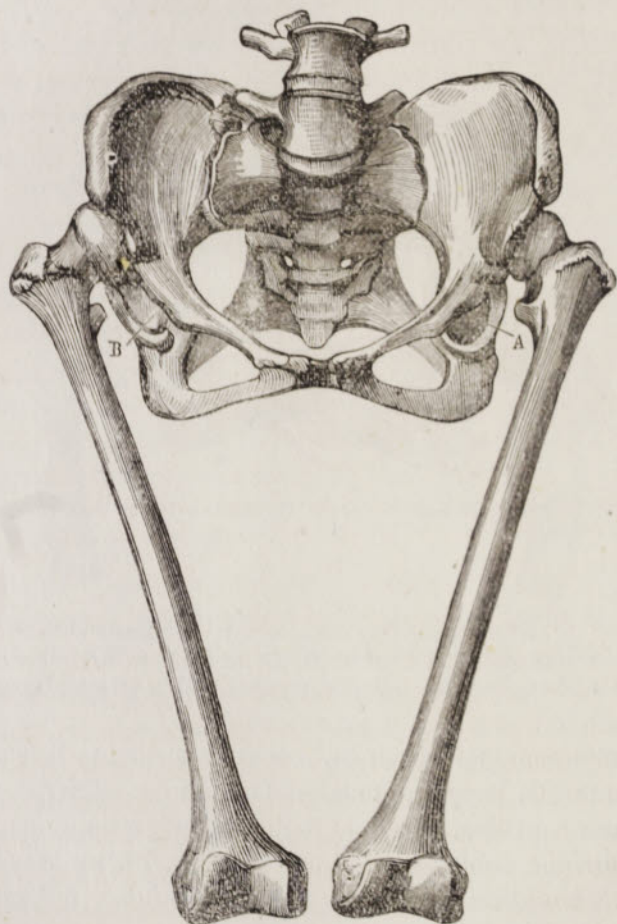


Fig. 76.^a—Pélvis deformada por doble luxacion congénita del fémur.

mala colocacion de los fragmentos, ya que solicitados estos por importantes masas musculares, es difícil sujetarlos á aparatos que prevengan su consolidacion dentro las formas regulares. En tal caso, pueden quedar deformados los estrechos ó la excavacion, segun la forma de la fractura. Existe en el Museo Dupuytren (París) un ejemplar en el que está hundida la cavidad cotiloidea, y el callo forma una salida de 4 centímetros, de forma

semiesférica, dentro la excavacion, reducida por esto y por el hundimiento de la porcion correspondiente del púbis, á la mitad de su extension natural.

Los *exostoses*, tumores óseos ó periostósicos, que se desarrollan en la region de la pélvis, trasforman tambien esta, de una manera análoga á la variedad anterior. El tumor desarrollado en la superficie interna de cualquiera de los huesos que contribuyen á formar el anillo, forma una proeminencia que ocupa una gran extension, tal vez la mayor parte de la excavacion (ósteo-sarcoma descrito por Lenoir), (fig. 77.^a) ó bien desarrollado en las

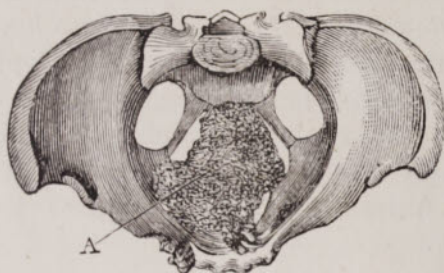


Fig. 77.^a—Pélvis viciada por la presencia de un ósteo-sarcoma desarrollado en la region cotiloidea derecha de la excavacion.—Tercera variedad del tercer grupo.

fosas ilíacas internas se proyecta por encima del estrecho superior acortando los diámetros de este, y siendo un obstáculo para la penetracion de la cabeza del feto en la excavacion. No solamente son exostoses los tumores que pueden desarrollarse; es indudable la existencia en algunos casos de fibro-sarcomas, y ósteo-sarcomas. Mas la naturaleza del tumor tiene una importancia secundaria bajo el punto de vista obstétrico, pues ni siempre puede comprobarse durante la vida, ni influye en los procedimientos que deban seguirse. Todos estos tumores representan gran valor en las distocias que constituyen, porque se hacen un obstáculo insuperable á la marcha del parto, pues por lo regular son bastante voluminosos para no dejar entre su superficie libre y las paredes pélvicas espacio bastante para el paso del feto, y luego su adhesión al punto de emergencia, con el cual están casi identificados, (exostoses), imposibilita el levantarlos y separarlos del área de movimiento del feto, como se puede hacer muchas veces cuando los tumores son movibles, y adhieren á las partes blandas.

Los casos de tumores de todo género que deforman la pélvis,

y de los cuales se ha conservado la historia en los escritos y el ejemplar en los museos, no son en verdad muchos, pero sí son suficientes para no dejar duda de su importancia, sobre todo después que han tratado magistralmente esta cuestión en Alemania Nöegele y en Francia Lenoir. (Consúltense estos autores.)

Una forma especial de viciación pélvica ha llamado la atención en nuestros tiempos, y es la debida á una mala conformación de la columna lumbar, por una especie de luxación ó deslizamiento de la última vértebra proyectada hácia adelante, de suerte que viene á cerrar el estrecho superior. Kilian, que fué quien primero dió á conocer esta variedad de deformación, la llamó *spondylo-listhesis*. Por efecto de esa luxación, el borde inferior de la quinta vértebra lumbar se adelanta á la base del sacro, formando en este punto un ángulo agudo, y consecutivamente una lordose de la columna lumbar que cubre el estrecho superior en mayor ó menor extensión según el grado de corvadura. (Fig. 78.^a) Resultado de esto es un acortamiento notable

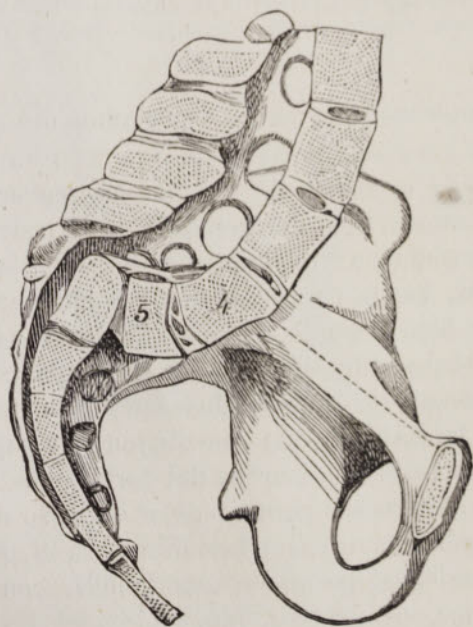


Fig. 78.^a—PÉLVIS DEFORME POR SPONDYLO-LISTHESIS (Kilian).—La 4.^a y 5.^a vértebras lumbares deslizanse hácia delante sobre el sacro, proyectándose en la excavación, á manera de una exageración notable del promontorio.—(Copia de la pélvis descrita por Kilian, y que se halla en el museo de Praga.)

del diámetro ántero-posterior del estrecho superior, que parte en este caso no del promontorio, sino del ángulo que forman las vértebras luxadas. La causa anatómica de esta deformacion es el desarrollo de una vértebra suplementaria, rudimentaria, en la parte posterior de la articulacion sacro-lumbar, en la cual penetra como una cuña. Todos los autores que han visto estas anomalías, las consideran, no como lesion congénita, sino como una lesion adquirida en los primeros años de la vida, y *producida por el peso de la parte superior del cuerpo desviada de su centro de gravedad*. El disco intervertebral de la articulacion sacro-lumbar solicitado hácia atrás, cede, y las vértebras se deslizan paulatinamente hasta ponerse en contacto, mientras aquel se osifica detrás y entre ellas, y constituye la vértebra rudimentaria.

Kiwisch, Kilian, Späth, etc., han descrito los diferentes ejemplares que se encuentran en los museos de Praga, Paderborn, Viena, Munich, etc. Bajo el punto de vista de la clasificacion, deben referirse á las pélvis viciadas por acortamiento del diámetro ántero-posterior del estrecho superior, pero en grado máximo, puesto que los casos conocidos casi todos han motivado la cefalotripsia ó la operacion cesárea.

5—Modificaciones que resultan en la marcha y mecanismo del parto, por el hecho de las viciaciones pélvicas.

Al empezar á hablar de los vicios de conformacion de la pélvis, digamos que se debia á Michaelis un estudio nuevo y completo acerca la influencia que tales vicios tienen en la marcha del parto, de suerte que á menudo las dificultades que este presenta no se deben solo á la lesion anatómica del esqueleto, sino tambien al cambio de relaciones que puede resultar entre el continente y el contenido. Este fenómeno hemos tenido ya ocasion de comprobarlo en pequeñas deformaciones que significaban por sí bien poco, y sin embargo se presentó el parto difícil y hubo necesidad de operar, no más que por esas consecuencias llevadas al mecanismo de la funcion. En este concepto no podemos menos que tomar de Schröder algunos datos que son de inmediata aplicacion á la práctica.

Presentaciones y posiciones.—La estrechez de la pélvis, sobre todo en su entrada, influye notablemente en la presentacion del feto, siendo en este caso en el que se presentan con más frecuencia las presentaciones viciosas. Dado el hecho más comun, es

decir, la presentacion de vértice, sucede en los partos normales que desde los últimos tiempos de la gestacion, la cabeza, cubierta exactamente por el segmento inferior del útero dilatado, encaja en el estrecho superior, con el cual guarda perfecta relacion de dimensiones y de forma. Esto produce inmediatamente dos efectos: 1.º fijar el útero y su contenido, en términos que la rigidez muscular del órgano se encuentre perfectamente secundada por el apoyo de la pélvis; 2.º que al empezar el parto, la cabeza del feto se halle en la mejor disposicion para seguir su mecanismo, ya adelantado dentro de la excavacion. Ahora bien, cuando el estrecho superior tiene proporciones más reducidas, la cabeza no puede encajar y permanece colocada encima del estrecho; de lo cual resulta, en primer lugar movilidad del útero, que obedece fácilmente á los cambios generales de actitud de la mujer, y en segundo lugar, movilidad del feto, el cual á las primeras contracciones uterinas, se mueve y desliza por encima del estrecho superior, dando lugar, en unos casos á las presentaciones inclinadas de vértice, en otros á un cambio completo de presentacion, pues si á la movilidad de la cabeza, se añade la del útero en totalidad, no se limitan ya los movimientos de aquellos á evoluciones cortas sobre sus diámetros, sino que es completamente dislocada y llevada á una de las fosas ilíacas, mientras el hombro, cuyos diámetros son más reducidos, es abarcado por el segmento inferior del útero y encajado en el estrecho superior. De aquí indudablemente la frecuencia de las presentaciones de tronco en las estrecheces pélvicas. Estos resultados, fáciles en las primíparas, lo son mucho más en las pluríparas, pues relajada la matriz por los partos repetidos, sufre casi constantemente una fuerte inclinacion hácia delante, que facilita notablemente los cambios de presentacion, y las procidencias de los miembros y del cordon umbilical.

Las presentaciones de cara son tambien más frecuentes en las estrecheces pélvicas, por la misma razon que se presentan las desviaciones; siendo los diámetros faciales más cortos que los craneales, se comprende que deben encajar más fácilmente; pero luego el mecanismo del parto se desarrolla con suma dificultad, siendo estos los casos en que se vé más comunmente la falta de rotacion de la barba hácia adelante, y la necesidad de intervenir de una manera activa, no siempre coronada de éxito, dadas las condiciones de exigüidad del canal pélvico.

En las presentaciones de nalgas, la estrechez no influye nota-

blemente en la evolucion del tronco, pero no sucede así con la de la cabeza. La cabeza encaja siempre segun el diámetro trasverso, correspondiendo al diámetro ántero-posterior, el bi-temporal del feto; pero si la estrechez es algo notable, se producen dos fenómenos siempre graves, primero la permanencia prolongada de la cabeza en la excavacion, lo cual dá por resultado una compresion del cordon perjudicial para el feto, y segundo la deflexion de la cabeza, que exige la intervencion, tanto más difícil, cuanto mayor es la estrechez.

En cuanto á las posiciones, si bien no influye la estrechez de una manera decidida en provocar estas ó aquellas, contribuye á que se modifique la evolucion de las mismas, de suerte que el estudio llamado por Michaelis *de las posiciones*, merece mejor llamarse *del mecanismo del parto en las estrecheces*.

Mecanismo.—Todo lo que se refiere al mecanismo de la expulsion de la cabeza del feto, debe entenderse en las estrecheces que permiten la terminacion natural del parto, en un tiempo desde luego más largo que el normal, pero no tanto que se haga peligroso para la vida del feto. En este sentido, dice Michaelis que *el desprendimiento de la presentacion del feto al través de la parte estrechada, presenta particularidades características para cada variedad de estrechez pélvica*. En la estrechez ántero-posterior del estrecho superior, el movimiento de flexion de la cabeza (primer tiempo) encuentra una resistencia que sobre todo se deja sentir en la extremidad posterior de la cabeza, así es que este tiempo no se verifica, y el primer movimiento de encaje no se hace segun el diámetro sub-occipito-bregmático como en los casos normales, sino por el occipito-frontal, encontrándose al empezar el descenso *la fontanela mayor ó bregmática más baja que la posterior*. Así se encuentra pues por el reconocimiento la fontanela mayor cerca del promontorio; á derecha ó izquierda, segun la posicion, la sutura sagital casi transversal, ó ligeramente oblicua, pasando por delante del sacro; la fontanela menor no se encuentra; el diámetro que corresponde entonces al del estrecho reducido es el bi-temporal, en vez del bi-parietal (1). Una vez encajada esta parte, empieza á descender la posterior, esto es, se verifica la verdadera flexion, la fontanela menor se hace accesible. *La rotacion* no se hace ordinariamente hasta que toda la cabeza ha franqueado la estrechez, es decir, muy cerca del periné, si la ex-

(1) De lo cual viene á resultar una presentacion llamada frontal, y una posicion realmente transversal.

cavacion no está alterada. Por poco que el acortamiento del diámetro ántero-posterior se pronuncie, no puede franquearlo la porcion occipital de la cabeza, esta queda encajada por su diámetro bi-temporal, y solo por excepcion se verifica el desprendimiento espontáneo, necesitándose la intervencion para terminar el parto. En la disposicion que acabamos de mentar, si se verifica prematuramente la expulsion de las aguas, es posible que bajo la accion directa de las contracciones uterinas sufra la cabeza un movimiento de inclinacion sobre su diámetro occipito-frontal; en este caso la sutura sagital asciende detrás de la sínfisis, y se presenta ocupando el área del estrecho el parietal que correspondia atrás. La cabeza no puede entonces encajar á menos de rectificar esa posicion, lo cual á veces consiguen las solas contracciones, pero que más comunmente necesita la intervencion del arte.

En la pélvis regularmente estrecha (disminucion de todos los diámetros), la esencialidad del mecanismo no puede cambiar, y cualquiera que sea la posicion que prevalezca, siempre se encuentra más baja la fontanela menor, lo mismo que en los partos normales. Si la estrechez desaparece en la excavacion, los movimientos normales aparecen en toda su integridad (*rotacion y extension*), pero si la estrechez sigue en las mismas proporciones, se toca siempre más baja la fontanela posterior, es decir, que el movimiento de extension no se realiza dentro de la pélvis, y en vez de aparecer aquella debajo de la arcada, aparece en la comisura posterior de la vulva, empezando desde aquel punto el verdadero desprendimiento.

En las pélvis alteradas por una lordose lumbar muy pronunciada, lo mismo que en alguna forma spondilo-listhesica, se observa, segun Breishy, el encajamiento de la cabeza *extra-mediano*, es decir, que el cráneo entra en la excavacion por la mitad más ancha de las dos en que se halla dividido el estrecho superior por la progresion anterior de la columna lumbar. El mecanismo de expulsion es el mismo que para la pélvis totalmente estrechada, á la cual puede compararse la mitad franqueable de la pélvis alterada. El hecho se comprende mejor en los casos en que la prominencia exagerada del promontorio está visiblemente inclinada á uno de los lados.

El mecanismo anormal en las presentaciones de cara, se caracteriza principalmente por la persistencia de la posicion transversal y las dificultades para verificar la rotacion. En cuanto al encajamiento, se halla en condiciones de hacerse bien por los

diámetros faciales regulares, y toda la dificultad reside en el descenso de la posicion occipital.

Marcha del trabajo.—Las dificultades para terminar bien y prontamente el parto, en las estrecheces pélvicas vencibles por la sola naturaleza, no dependen solo de los obstáculos mecánicos hijos de la estrechez, sino tambien de la modificacion que sufren las contracciones uterinas por el hecho de aquella modificacion. Así la dilatacion del cuello es más lenta, porque encontrándose muy elevado el feto por razon del estrechamiento, falta la presencia de la cabeza que favorece la dilatacion, y la bolsa amniótica se rompe casi siempre de una manera prematura.

Ha comprobado tambien Michaelis, que *los dolores*, ó digase las contracciones expulsivas, se modifican. Es un hecho que constituye ley, que la intensidad de aquellos es proporcional á la resistencia que hay que vencer, y si en las estrecheces puede decirse que la resistencia llega al máximo, es de suponer que serán tambien muy fuertes los dolores. La experiencia general no desmiente la ley deducida de la fisiología, y realmente se vé ser exageradissimos los dolores de expulsion de las mujeres de pélvis viciada. Indudablemente los pocos casos que se observan de rotura del útero por la exagerada energia de las contracciones, deben referirse á estos estados patológicos. Esta fuerza considerable en el desarrollo de la contractilidad uterina, es en realidad la única condicion favorable para la terminacion espontánea en las estrecheces mínimas, así que debe favorecersele, y por esto se hallan conformes los prácticos en permitir en estas ocasiones los esfuerzos voluntarios de la mujer, desde que la dilatacion del cuello está próxima á ser completa, á fin de ayudar al útero y servirle de eficaz punto de apoyo, la accion de los músculos abdominales.

En este periodo de dilatacion, es posible tambien que haya una *inoportunidad*, es decir, una dilatacion demasiado rápida, y que de consiguiente presente cogida la cabeza, antes de que haya podido esta adaptarse bien á las dimensiones del estrecho superior, de lo cual resulta una presion desigual, el infarto edematoso de un segmento (el anterior por lo regular) del cuello, y el entorpecimiento consiguiente. Tambien es comun, sobre todo en las pluríparas, la ascension del cuello, por inclinacion anterior del fondo del útero, dificultad tanto mayor en estos casos, cuanto que, siendo muy enérgicas las contracciones, el segmento anterior sufre presiones irregulares, y se retarda de una manera notable la marcha del parto.

Las contracciones uterinas pueden caer en inercia; mejor dicho, pueden ser *débiles*, primitiva y secundariamente. La debilidad y la inercia primitivas, son raras, pues más bien sucede lo opuesto, pero si se presenta es la peor complicacion de una estrechez, que quizás no seria un obstáculo absoluto al parto, si hubiese suficientes contracciones para vencerla. La debilidad secundaria es más frecuente, y esta puede ser de dos maneras; una que podriamos llamar *actual*; cansada la matriz por los grandes esfuerzos que desarrolla, va poco á poco disminuyendo de intensidad, y acaba por caer en una inercia completa. (Véase capítulo aberraciones de la contractilidad.) Otras veces se presenta consecutivamente á partos anteriores. Cuando se repiten á menudo los partos en una mujer de pélvis estrecha, los esfuerzos grandes del útero le debilitan, hasta llegar un dia en que se encuentre afectado el desarrollo muscular del órgano, y el útero flácido y sin tension se presenta á un nuevo embarazo con las peores disposiciones. Por de pronto facilita ya las presentaciones transversales, y luego cuando viene el parto carece de las disposiciones necesarias para desarrollar la fuerza de contraccion necesaria para vencer la estrechez. De aquí que el peligro aumente con la repeticion de los partos en las mujeres de pélvis mal conformada.

En otros casos en el momento del parto sucede un hecho inverso. Las contracciones van siendo cada vez mas enérgicas, y parece que á medida que se hace más insuperable la resistencia, aumenta de intensidad el esfuerzo uterino. En las presentaciones cefálicas y pélvicas, es raro que este esfuerzo no acabe por producir la expulsion (si la estrechez es franqueable), pero no sucede así en las presentaciones transversales abandonadas á sí mismas, ni en las otras cuando la resistencia se hace invencible, y entonces la contraccion intermitente va desapareciendo, para dar lugar á un estado tónico permanente, un verdadero *tétanos uterino*, bajo cuya accion el niño padece, por la interrupcion de la circulacion placentaria, y por la compresion directa convulsiva que sufre contra el estrecho superior. Este estado es sumamente grave, y más aun en las presentaciones transversales, porque impide las maniobras que deben practicarse para modificar aquella presentacion. Por esto lo que más apremia entonces es dominarlo por todos los medios que nos presente la terapéutica y que de ordinario acaban por hacer desaparecer la contraccion permanente y permitir las operaciones convenientes para terminar el parto. (V. contracciones excesivas.)

6—Diagnóstico y pronóstico de las viciaciones pélvicas.

Reconocer los vicios de conformación de la pelvis es indudablemente una de las partes principales de la práctica tocológica, pero también una de las más difíciles. Para llegar al diagnóstico, lo más exacto posible, de una estrechez pélvica, y poder formular bien sus caracteres, es preciso reunir todos los datos, algunos de los cuales pueden hacernos diagnosticar el vicio anatómico con anterioridad al parto, lo cual puede convenir mucho bajo el punto de vista de las indicaciones que surgen de este conocimiento. Los medios á que pueden reducirse los que sirven de fundamento para el diagnóstico que nos ocupa, son: A. Los datos anamnésicos y actuales acerca la salud en general y los partos anteriores que pudo haber tenido el sujeto explorado: B. La exploración directa de la pelvis.

A.—La mayor parte de estrecheces pélvicas, reconocen como causa una enfermedad sufrida, ó en la infancia, ó en la edad adulta; es decir, raquitismo ú ósteo-malacia. Los antecedentes que sobre este particular nos pueden proporcionar los padres ó los allegados de la mujer son tanto más preciosos, cuanto que muchas veces, el aspecto exterior no acusa deformación ninguna, y sin embargo puede la pelvis estar algo alterada en sus dimensiones ó en su forma por la primera de estas enfermedades sufrida en la primera edad, y de la cual no conserve recuerdo la interesada. Respecto al reblandecimiento sufrido en la edad adulta, es ya distinto, y casi siempre, si no existe de presente la misma enfermedad, habrá de ella tales vestigios que no es fácil desconocerla. Hay un dato que puede tener significación también y es la historia de la madre y de las hermanas de la mujer sujeta á observación. Es muy común ver revestir el carácter de hereditarias las estrecheces pélvicas y si la madre y las hermanas han presentado en sus partos dificultades hijas de la estrechez, es muy probable que las presentará también la hija y hermana respectiva. A todos estos datos puramente anamnésicos, debe juntarse un exámen actual de la mujer, que deberá versar sobre todos los puntos que tengan más ó menos relación con las enfermedades que puedan motivar un estrechamiento pélvico. Un ojo práctico reconocerá fácilmente á la primera inspección de un sujeto, los caracteres de un antiguo raquitismo; un volumen des-

proporcionado de la cabeza, la salida pronunciada de la mandíbula inferior, el color pálido del semblante, estatura baja, cortedad proporcional de la mitad inferior del cuerpo, en comparacion á la superior, abultamiento notable de las extremidades articulares de los huesos, finalmente curvatura de los miembros. En estos casos es casi imposible desconocer la existencia del raquitismo, y si bien no puede admitirse en tésis absoluta que siempre que hay algo de raquitismo, hay tambien estrechez pélvica, sin embargo es lo bastante para sospechar con fundamento que pueda existir, y para pasar á reconocimientos más detenidos para asegurarnos del verdadero estado del esqueleto de la pélvis. Para poder sacar algun fruto de este exámen general, conviene tener presente lo que resulta de los estudios hechos sobre la marcha del raquitismo: esta enfermedad sigue una progresion ascendente, de modo que los huesos principalmente afectados son los de los extremos inferiores, y luego los del tronco y extremidades superiores. Este hecho, perfectamente comprobado, nos dice ya, que cuando veamos huellas de raquitismo en las costillas, en la columna vertebral ó en los miembros superiores, podemos tener seguridad que las hay tambien en la pélvis. Podrán ser ellas más ó menos profundas, podrá estar acentuada poco ó mucho la estrechez, pero ella existirá. Al contrario, cuando veamos limitada la alteracion raquítica á los huesos de las piernas, todas las probabilidades serán de que la pélvis se halle íntegra, y cuando lo estén los muslos podrá caber duda, pero lo probable es que si existe lesion, sea poco marcada, precisamente porque los progresos de la enfermedad se suspendieron á una época en que no habia alcanzado aun los huesos intermedios entre los extremos inferiores y el tronco. Respecto á la manera como la pélvis esté afectada y el grado é importancia de la estrechez, se ha tratado tambien de estimarla por la exploracion general del esqueleto. J. Guerin dice que la alteracion de la pélvis es intermedia entre la de los extremos inferiores y los superiores: Hohl ha supuesto que la inflexion lateral de las vértebras lumbares suponía una estrechez del lado de la convexidad que esta forma, al paso que la corvadura de los fémures hácia adelante, supone una estrechez en el diámetro transversal. Sin embargo, la experiencia no ha comprobado hasta ahora estas alambicaciones de la analogía. Precisamente respecto á las corvaduras de la columna vertebral hay que tener en cuenta que existen muchas veces, sin que vayan acompañadas de lesion en la pélvis. Cuando la incurvacion es de

origen raquitico, indudablemente habrá en la pélvis una viciacion de grado proporcionado á la que existe en las vértebras, pero á veces se desarrollan en la edad de la pubertad scolioses y cifosis completamente ajenas á ninguna influencia raquitica, y que coexisten con una completa integridad de los huesos de la pélvis. Hemos tenido ocasion de ver en mujeres de estas condiciones verificarse el parto perfectamente bien, y hasta con una facilidad y rapidez que argüia gran capacidad de su anillo pélvico.

Respecto á la ósteo-malacia, aparte la historia de padecimientos más ó menos próximos á la época actual que se refieren al síndrome de esta enfermedad, hay un dato que significa mucho para sospechar, ó mejor para creer que no solo existe el reblandecimiento, sino que el esqueleto experimenta ya las consecuencias de este, y es el achicamiento progresivo de la talla, y la dificultad progresiva en los partos anteriores. Casi puede decirse que no hay más que la estrechez sucesivamente mayor ocasionada por la ósteo-malacia que produzca simultáneamente estos dos fenómenos.

B.—La exploracion de la pélvis puede hacerse de dos maneras: exteriormente, é interiormente, cabiendo en ambos procedimientos dos partes, la exploracion simple y la mensuracion. Si se hace el exámen en los últimos tiempos de la gestacion, llama desde el momento la atencion la manera como se presenta el vientre de la embarazada; la matriz no está fija, se encuentra más elevada de lo que ordinariamente corresponde á la época en que está del embarazo, y la cabeza en vez de estar encajada en el estrecho superior, se encuentra algo movable y descansando encima del púbis. Citan los autores alemanes algunos datos que no deben despreciarse: así es por ejemplo; la situacion de la apófisis espinosa de la última vértebra lumbar, se halla normalmente á 0'027 milímetros lo menos por encima de la línea que reúne las dos espinas ilíacas superiores y posteriores; su situacion más baja solo se encuentra en las estrecheces. Una separacion notable de las espinas ilíacas, relacion habida á la distancia entre las crestas, es propia de la pélvis raquitica, al paso que la aproximacion notable de unas y otras, es decir, de las alas de los ileons, debe hacer creer en una estrechez de los diámetros transversales. Para apreciar muchos de estos detalles, basta aplicar las manos sobre la region pélvica, y cuando se ha adquirido cierto hábito se reconocen una porcion de datos; así el acorta-

miento del diámetro ántero-posterior se reconoce colocando las manos sobre el pùbis y sobre el sacro, se reconoce de la misma manera la especie de hueco que produce el sacro, cuando se encuentra inclinada hácia delante su base, y de consiguiente el promontorio exagerado; la distancia que separa los trocánteres, las porciones articulares de los fémures, etc. Es verdad que todo esto no nos dá la noción de grado, ni de forma, pero nos indica por lo menos que existe la estrechez, y nos determina á pasar á la medicion.

Medicion de la pélvis.—Ya consignamos en el primer capitulo de esta obra, artículo *pelvimetria*, que no eran muy precisos por desgracia, los datos que nos prestaba la pelvimetría, tal como hoy dia la practica el Arte obstétrico. Sin embargo, mientras no se perfeccione más, debemos sacar de los medios que poseemos todo el partido posible. La medicion, ó mensuracion de la pélvis, es externa ó interna. La primera se hace por medio del pelvímetro de Baudelocque (fig. 79.^a), y se aprecian con él las distan-

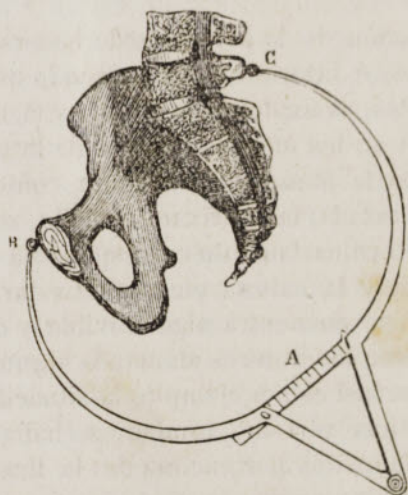


Fig. 79.^a—Pelvímetro de Baudelocque.

cias que median entre puntos determinados de la superficie externa de la pélvis, sobre cuyo conocimiento se calcula la verdadera distancia de los diámetros internos. (V. pág. 51.) Como de importancia real en el diagnóstico de las estrecheces pélvicas, el único que la tiene es la medicion del diámetro ántero-posterior, *conjugado externo*, llamado también diámetro de Baudelocque.

Para practicar esta medicion se coloca la mujer acostada en decúbito lateral; uno de los botones del instrumento se aplica sobre el borde superior de la sínfisis púbica, y el otro un poco más abajo de la apófisis espinosa de la última vértebra lumbar. Se mira la dimension que marca la escala graduada que lleva el instrumento, y se obtiene la extension del diámetro interno, restando de la cifra obtenida 0'067 milímetros por el grueso de la pared posterior de la pélvis, y 0'014 por el grosor del púbis; añadiendo algunos milímetros si la mujer fuera obesa. Michaelis quiere que sean por lo menos 92 milímetros los que se descuenten del diámetro externo. Téngase en cuenta, sin embargo, que estos cálculos hechos sobre pélvis sanas, sufren grandes modificaciones en las pélvis viciadas, puesto que el raquitismo y la ósteo-malacia alteran la textura, el grosor y la consistencia de los huesos, de manera que hace aquellas proporciones muy diferentes del estado normal. Así en general, por la medicion externa solo se aprecian datos aproximados, y se convence el profesor de la necesidad, ó no necesidad de la exploracion interna. Cuando la alteracion es mucha, no puede prescindirse de esta última, y entonces ya se obtienen datos más exactos.

La medicion interna puede hacerse simplemente con la mano, ó por medio de instrumentos. El primer medio es á la par que el más sencillo, el más exacto; solo tiene el inconveniente de que, cuando la estrechez es poca y de consiguiente está poco acortado el diámetro ántero-posterior, es muy difícil, y á veces imposible alcanzar el ángulo sacro-vertebral con el dedo, á bien que, como veremos luego, esta condicion perjudica tambien la exactitud del procedimiento cuando nos valemos de instrumentos. Con la mano se mide el diámetro ántero-posterior, el más importante siempre, porque con ser el más corto es el que resulta más alterado por las estrecheces, que casi siempre se observan en este sentido. Para practicar esta exploracion se introducen en la vagina el dedo índice, ó este y el medio reunidos, préviamente preparados como para la exploracion ordinaria, y se lleva la yema del dedo directamente á buscar el ángulo sacro-vertebral, colocado de manera que el borde radial mire hácia arriba. (Fig. 80.^a) Si se llega sin dificultad al punto indicado, en una pélvis cuya altura sea normal, puede decirse que hay estrechez. Para fijar el grado de esta, se apoya la yema del índice ó del medio contra el promontorio, y el borde radial del índice contra el vértice de la arcada sub-pública, marcando bien este punto

con el índice de la mano izquierda. Se retira la mano y se mide la distancia obtenida sobre el borde radial del índice; la medida que resulta es la del diámetro sacro-sub-púbico (*conjugado diagonal*), del cual se deben restar de 13 á 17 milímetros para obte-



Fig. 80.^a—Medición del diámetro ántero-posterior con la mano. Se obtiene la extensión del diámetro sacro-sub-púbico, (*conjugado diagonal*), 15 milímetros más corto que el sacro-púbico.

ner la longitud del diámetro ántero-posterior del estrecho superior (*conjugado verdadero*). Es difícil alcanzar el promontorio cuando la separación de las dimensiones normales es poca, mas durante el parto se puede sacar mejor partido y obtener más fácilmente el resultado introduciendo en la vagina los cuatro últimos dedos, ó toda la mano, en cuyo caso se fija el vértice del dedo medio sobre el promontorio, y el del índice, vuelto en flexión, sobre el borde superior del púbis; de esta manera la distancia obtenida es el diámetro ántero-posterior verdadero. Igual procedimiento es aplicable para apreciar los demás diámetros, sobre todo el ántero-posterior del estrecho inferior, mucho más fácil de apreciar que el del estrecho superior. El grado de separación de las tuberosidades ciáticas y anchura del arco sub-púbico, se aprecian de la misma manera.

Como la exploración de la mano no puede servir mas que para las estrecheces mayores y medianas, ha tenido que recurrirse

para las menores á medios precisos; y como por otra parte se busca siempre en estos casos el máximum de precision, de aquí que se hayan inventado una multitud de instrumentos, que con el nombre de pelvímetros, constituyen una de las más ricas colecciones instrumentales. Muchos de ellos son completamente inútiles, y los mejores y más ingeniosos, tienen todos los siguientes inconvenientes: ser su aplicacion dolorosa, tanto anteriormente como durante el parto; haber necesidad para que su aplicacion sea precisa de introducir muchos dedos ó toda la mano, hasta la altura misma del promontorio; falta de exactitud del resultado aun haciendo la aplicacion concienzudamente. Como por otra parte, tratándose de pequeñas diferencias de dimension, desaparece el valor de estas no pudiendo reconocer la de la cabeza fetal, de aquí que prefieren generalmente los prácticos la medicion manual, que, si no parece ser tan exacta, es al menos más inofensiva, más fácil y menos repugnante para la mujer (1). Sin embargo, por no dejar aquí un vacío, haremos la descripcion del procedimiento seguido para aplicar el pelvímetro de Van-Huebel, uno de los mejores y más usados, procedimiento aplicable á la mayor parte de estos instrumentos construidos bajo el mismo plan, y singularmente al de Mad. Boivin, muy usado en Francia. El pelvímetro de Van-Huebel, es una especie de compás (fig. 81.^a) compuesto de dos ramas, una fija (A), otra movable (B) articuladas: la primera tiene de largo 28 $\frac{1}{2}$ centímetros, y está ligeramente encorvada y aplanada en su vértice. Esta es la que se introduce dentro de la vagina para apoyar el vértice en el ángulo sacro-vertebral; hácia su mitad tiene un anillo-gancho para sujetarla, y más abajo un arco de círculo no graduado D, para fijar la segunda rama. Esta puede prolongarse ó acortarse por medio de una vaina en la cual se introduce, y que es la que se articula con la rama interna; un muelle, que coje las ranuras de la porcion inferior introducida en la vaina, detiene el movimiento de esta. La rama externa está bastante encorvada, y en su extremidad superior lleva un tornillo largo horizontal C para aplicarlo á la parte externa del púbis. El arco que hemos mencionado hallarse fijo en la rama interna, pasa por una muesca de esta segunda, á la que la sujeta un pequeño brazo de palanca de presion. Para medir el diámetro sacro-púbico, se aplica la rama interna A, guiada por el dedo sobre el centro del promontorio, y la otra

(1) Para el estudio de los pelvímetros, véase Lenoir, ATLAS.

por medio del tornillo sobre el borde superior de la sínfisis púbica. Fijadas las dos ramas por medio de la presión sobre el arco de círculo que las reúne, se retira el instrumento y se mide el intervalo comprendido entre los vértices de las dos ramas por

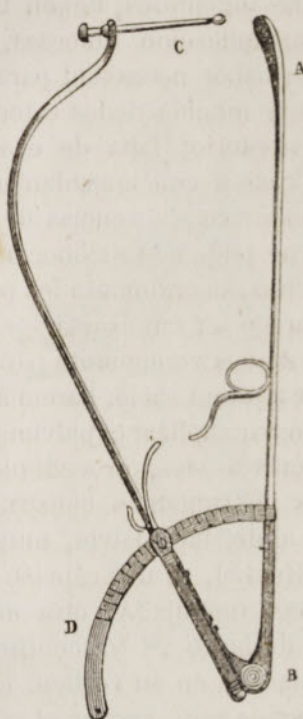


Fig. 81.^a—Pelvimetro de Van-Huebel.

medio de una regla graduada. Luego, introducida de nuevo la rama interna dentro de la vagina y llevada á la parte superior y posterior del púbis, se mide de igual manera el grosor de la sínfisis, y restando la cifra obtenida, de la primera que se apreció, se tiene la medida exacta del diámetro sacro-púbico. Con este instrumento y por igual proceder se puede medir la distancia sacro-cotiloidea y además puede servir como el compás de Baudelocque para la medición externa, lo cual le dá algunas ventajas sobre los restantes pelvimetros más ó menos parecidos al que acabamos de describir.

A pesar de todos los medios de mensuración, es innegable que el diagnóstico de los vicios de conformación de la pelvis es difícil, sobre todo cuando la estrechez es poco marcada, y más en

los casos en que se halla *regularmente* estrechada en todos sus diámetros, tanto más cuanto por lo general en estos casos, faltan también los datos anamnésticos que pueden darnos luz acerca la lesión probable. Cuando se trata de la pélvis oblicua oval, tampoco la medicion interna nos dará gran resultado, pero entonces sacaremos más provecho de la medicion externa, buscando las dimensiones que son iguales ó casi iguales en las pélvis normales, y desiguales en la pélvis oblicua oval, que, como ya digimos, tiene regularmente el carácter de asimétrica. Estos diámetros externos son los que consignamos al hablar de la pelvimetría (página 50). Puede aun añadirse á esto el siguiente sencillo procedimiento; un hilo aplomado que parte del medio del sacro, y otro de la sínfisis púbica estando la mujer en exacta estacion vertical, si está bien conformada, coinciden exactamente, y al observarlos de frente, el segundo cubre al primero; en la pélvis oblicua oval estas dos verticales no coinciden sino que se encontrarán lateralizadas presentándose como paralelas (Joulin).

El diagnóstico de la pélvis estrechada en su diámetro transversal, se puede apreciar aproximadamente por el acortamiento fácil de reconocer del diámetro bi-iliaco externo, y cuando aquella estrechez reside en el estrecho inferior, como parte muy accesible al tacto, podrá apreciarse aun con más exactitud.

En los casos de spondylo-listhesis, sirven de base del diagnóstico los siguientes caracteres: 1.º las últimas vértebras lumbares, forman un arco muy acentuado hácia abajo y adelante á la entrada de la pélvis; 2.º por el tacto se percibe el latido de las arterias iliacas (Nøgele); 3.º la palpacion externa deja reconocer en la region lumbar una incurvacion considerable á concavidad posterior; 4.º puede darse algun valor á la marcha algo vacilante de las mujeres afectadas de esta lesion.

En cuanto á las estrecheces relacionadas con luxaciones simples ó dobles del fémur, no hay que decir que el diagnóstico partirá del reconocimiento de esta lesion perfectamente apreciable. Comprobada la luxacion, deberá procederse en seguida á explorar detenidamente á la mujer, para apreciar las estrecheces que se supone puedan existir en su pélvis.

Pronóstico.—Desde el momento que se trata de una viciacion de la pélvis, puede ya decirse que es un caso desfavorable; sin embargo, la gravedad de esta influencia depende del grado de la estrechez, y aun de la forma y variedad de esta. Para establecer una regla que sirviese de base bajo el punto de vista del pro-

nóstico, se ha tratado de fijar diversos grados de estrechamiento, designando á cada uno su grado respectivo de gravedad; procedimiento sin embargo que no puede ser muy preciso, porque debe contarse con las dimensiones de la cabeza del feto, que escapan á nuestro exámen. Pudiera en rigor aceptarse la misma escala ó graduacion que admitiremos luego para determinar el tratamiento, pero aquí, ni es tan oportuna aquella graduacion, ni tiene la exactitud que es de desear. Creemos preferible el método que para esto sigue Nœgele, admitiendo tres grados de gravedad ascendente bajo el punto de vista del pronóstico: 1.º Aquel en que la pélvis está estrechada de suerte que el feto á término puede ser expulsado por las solas contracciones uterinas, aunque con peligro más ó menos grave para los dos factores. 2.º La estrechez no impide á la cabeza el encajar en el estrecho superior ó en la excavacion, pero no puede recorrer todo su trayecto, quedando encerrada en la pélvis hasta que el arte venga en ayuda de la naturaleza. 3.º La estrechez es tan considerable que la cabeza no puede de ninguna manera encajar en el estrecho superior; se aproxima á él durante la contraccion, pero en seguida se separa y queda movable por encima de él. La formalizacion de estos diferentes grados dependerá en primer lugar de la estrechez de la pélvis; en segundo, del volúmen de la cabeza del feto; en tercero, del estado de flexibilidad y movilidad de los huesos que la componen, que le dan facilidad mayor ó menor para reducirse y adaptarse á las dimensiones de la pélvis; finalmente, de la intensidad y fuerza de los dolores expulsivos. Se comprende desde luego, que segun se presenten las tres últimas circunstancias, se modificará el resultado, aun dentro un mismo grado absoluto de acortamiento de los diámetros. El pronóstico, pues, *en absoluto*, será tanto más grave cuanto mayor sea la estrechez, pero se modificará relativamente á las circunstancias expresadas.

La especie ó variedad de la viciacion pélvica, influye en la marcha del trabajo, y en este sentido, modifica el pronóstico absoluto. Despues de conocido el mecanismo del parto en las pélvis raquíticas, sobre todo en su forma más comun (estrechamiento ántero-posterior), se puede pronosticar que, no excediendo de ciertos limites el acortamiento de este diámetro, la naturaleza por sí sola encontrará recursos con que salir del paso. Pero esto no se hace sin grandes contracciones que son las que dominan la resistencia, y aunque casi siempre la madre sale bien de este esfuerzo, no así el infante, que con frecuencia mues-

re, ya por efecto de las compresiones, ya por dislocacion ó fractura de los huesos del cráneo, figurando en estas últimas notablemente la fractura ó separacion de las epífisis del occipital, ya finalmente por una alteracion de la circulacion placentaria, gracias á la influencia ejercida por las contracciones uterinas sobre la circulacion de los senos. Aquí indudablemente influye en el éxito del parto la energía de la contractilidad, excepcional en las mujeres raquíticas, favorable si llega á vencer los obstáculos, pero peligrosa para la madre misma, si se estrellan contra una resistencia invencible. Cuando la pélvis es *regularmente pequeña*, si sus dimensiones son muy exiguas con relacion á la cabeza del feto, entonces no existe la facilidad relativa de dominarse que en la pélvis irregular raquítica; la cabeza, ó no encaja, ó si llega á hacerlo, no adelanta en la excavacion; las contracciones se hacen primero irregulares, decaen luego y acaban por suspenderse; el parto se eterniza, el espíritu de la mujer languidece, y si la intervencion del arte no viene á terminar el parto, es posible que la mujer muriese en un estado de desvanecimiento ó resolucion, ó por efecto de una verdadera apoplejía, como varias veces ha acontecido. En este caso, la mayor gravedad del pronóstico se debe á la combinacion de obstáculos mecánicos y dinámicos, que conspiran todos á una terminacion fatal. La pélvis ósteo-malácica, rara vez permite la terminacion natural del parto; la gravedad vá aneja á la de la operacion que el caso exija. Debe, sin embargo, tenerse en cuenta, que en esta viciacion gozan á veces los huesos de cierta elasticidad que hace posible un grado de dilatacion capaz de permitir el paso al feto. Esta condicion, que modifica mucho el pronóstico, deberá tambien tenerse en cuenta para modificar el tratamiento. La pélvis *oblicua-oval* no es de las que ofrecen mayor gravedad, y la historia de los partos que se refieren á los ejemplares que de aquella deformacion existen en los museos, nos indica que pueden terminar espontáneamente sin peligros para la madre y para el feto. En cuanto á las pélvis viciadas por la *spondilo-listhesis*, por tumores, fracturas, etc., suelen dar lugar á un pronóstico gravísimo.

Aun hay que tener en cuenta otras condiciones para formular el pronóstico en las viciaciones pélvicas. No es solo el hecho de la estrechez el que pone en peligro la existencia de la madre y del feto; en primer lugar la simple duracion del trabajo es un peligro inminente para uno y otro; 2.º la posibilidad de que las

contracciones excesivas luchando contra obstáculos insuperables produzcan una ruptura del útero ó de la vagina; 3.º las endometritis y perimetritis consecutivas á estas mismas contracciones; 4.º las procidencias del cordón, tan frecuentes en las estrecheces (1); 5.º la separación violenta de la sínfisis púbica; 6.º finalmente, las operaciones á que debe recurrir el arte para terminar el parto, todas las cuales son siempre peligrosas para ambos seres; algunas directamente atentatorias á la vida del feto, y otras á la integridad de la madre, de todo lo cual resulta una série de circunstancias que rodean el parto en las estrecheces pélvicas, todas ellas graves, todas altamente peligrosas para la vida de la madre y del hijo.

Hasta bajo el punto de vista del puerperio, tiene gravedad especial esta distocia. Aun en aquellos casos en que salvado ó perdido el producto de la concepción, la madre ha salido bien del parto, le quedan las probabilidades de la inflamación y gangrena de las partes blandas de la pelvis, largamente comprimidas por la cabeza del feto; la inflamación y supuración de las sínfisis; la parálisis del cuello de la vejiga; las fistulas vésico y recto-vaginales, y las metritis, peritonitis y flebitis puerperales.

7—Indicaciones que hay que cumplir en los casos de estrecheces pélvicas.

Aquí podemos decir, como respecto al pronóstico, que no podemos formar juicio sin tener á la vista todas las circunstancias y todos los detalles de que se rodea el caso de distocia que nos ocupa. El procedimiento que tenga que emplear el práctico será proporcionado, ó adaptado al grado y forma de la estrechez, pero á su vez esa estrechez estará modificada segun sea el volumen del feto, segun la reductibilidad de su cabeza, movilidad de los huesos, etc., y por esto confirma todos los dias la práctica, el hecho de que un grado mismo de estrechez ha podido ser tratado con muy distintos procedimientos. En las estrecheces mínimas, el volumen reducido de la cabeza fetal puede simplificarlas hasta el punto de que pasen desapercibidas; es imposible pues fijar para todas ellas una regla de conducta invariable, cuando la indicación dependerá del desarrollo de la cabeza del

(1) Los peligros para el feto varían con la presentación; aunque peligrosa es la presentación de vértice por la facilidad de las fracturas y depresiones, derrames sanguíneos, etc., lo es menos que la de cara, en la que frecuentemente se produce la muerte.

feto (dato solo apreciable á posteriori) y de la fuerza de las contracciones expulsivas (dato variable en cada sujeto). Y esto, aunque en escala más reducida, sucederá en las estrecheces medias, y solamente en las excesivas, cuando la angustia llega á su *máximo*, aparece una indicacion, que podemos calificar de absoluta, puesto que serán rarísimos los casos en que pueda prescindirse de ella.

Como la experiencia confirma que en las estrecheces poco notables y en las medias, debe esperarse mucho de las fuerzas naturales, cuando todas las demás condiciones, fuera las anatómicas del esqueleto, son favorables, surge de esto una regla que debemos colocarla como *primera*, al tratar de cumplir las indicaciones que surgen de los vicios de conformacion de la pélvis, y es la de estar en espectacion, no precipitarse mientras no haya necesidad de obrar. Es decir, que la primera indicacion, no tratándose de estrecheces grandísimas, es la de esperar, á lo cual podemos añadir la siguiente condicion: *hasta que un exceso de duracion en el trabajo, lo haga peligroso para la madre y para el hijo*. Aquí, empero, debemos añadir tambien, que es menester *saber esperar*, porque si una intervencion prematura puede ser perjudicial, una intervencion tardía será inútil y dañosa. A esta tardanza, hija de la demasiada confianza en los esfuerzos de la naturaleza, la llama el distinguido tocólogo español, Dr. Alonso y Rubio, *incuria punible*, al consignar que conviene tanto saber obrar con energía, como saber esperar, segun se presenten los obstáculos. Una espectacion prudente dá tiempo á la cabeza de fijarse y penetrar más en la excavacion, lo cual facilita luego las operaciones, y proporciona al médico lugar para reconocer repetidas veces la situacion y asegurar su juicio. Cuánto tiempo pueda durar esa espectacion, nos guardaremos bien de decirlo, porque no debe esta medirse por cuartos ó por minutos; el momento en que debe cesar para pasar á la accion sin titubear, depende de las circunstancias siguientes, que indican en la madre y en el feto el principio del peligro. Por regla general este no existe mientras la bolsa amniótica no se rompe; la apreciacion, pues, del momento en que es preciso obrar debe partir, salvo en casos excepcionales, desde la division de la bolsa de las aguas. Cuando despues de esto, siguen con energía las contracciones uterinas, el cuello está suficientemente dilatado, y sin embargo el parto no progresa y la cabeza está inmóvil en el mismo plano del estrecho superior, aumentando la bolsa sanguínea del cuero

cabelludo por la accion directa del tejido uterino aplicado sobre la cabeza; y empieza ya á elevarse la temperatura de la vagina, á hacerse sensible y dolorosa al tacto, y lo mismo que la palpacion excita tambien dolores en el hipogástrio, y se pone el pulso frecuente, con ó sin excitacion del sistema nervioso general, entonces hay indicacion precisa por parte de la madre, de pasar á obrar, porque el peligro de una mala conversion del estado fisiológico en patológico amenaza de cerca. Si por otro lado hay alguna emision de meconio, á pesar de ser la presentacion de la cabeza y se hace blanda la tumefaccion del cuero cabelludo, y sobre todo, los latidos del corazon del feto se hacen *ó muy lentos, ó irregulares*, es preciso obrar, partiendo la indicacion del feto, que es quien está en peligro. Durante el tiempo de expectacion ó de duda que acompaña á las distocias, no debe dejar de consultarse el corazon del feto, porque él nos marca su estado de integridad ó sufrimiento, y es quien mejor nos indica la necesidad de intervenir. En los casos que nos ocupan aquí, que son las estrecheces pequeñas y medianas, no hay que titubear ya, y pasar inmediatamente á la operacion. Cuando la presentacion fuere de cara, debe ser más corta la expectacion, pues en ella sufre más el feto, y hay que esperar menos de los recursos de la naturaleza.

Establecida ya la oportunidad ó la necesidad de la intervencion, falta decidir cuál debe ser esta, y qué operaciones debe practicar el tocólogo para resolver la dificultad que se presenta. Aquí conviene recordar que el principio de intervencion del práctico en una obra de la naturaleza, es que no se separe nunca de lo que esta misma le indica; así en sus procedimientos deberá imitarla, y solo en casos extremos podrá acudir á medios violentos, que no solo se separan de lo que naturalmente observamos en la funcion normal, sino que hasta puede tener un objeto final opuesto al de aquella. Por esto la regla general consiste en pasar siempre de los procedimientos sencillos á los más complicados; de las simples manipulaciones á las operaciones instrumentales, conforme con las leyes que desarrollaremos al hablar de la operatoria obstétrica. Partiendo de estos principios, todos los autores de Obstetricia han admitido una série de grados de estrechez, á cada uno de los cuales corresponderá un procedimiento distinto. La division que podemos llamar clásica para las estrecheces pélvicas es la propuesta por Dubois, y admitida casi por todos los tocólogos, el cual admite tres categorias: en

la primera incluye las pélvis cuyo menor diámetro (ántero-posterior) mide por lo menos 95 milímetros; en la segunda, las estrecheces comprendidas entre 95 y 67 milímetros, y en la tercera las menores de 67 milímetros. En esta division, sin embargo, se encuentra el defecto de ser algo arbitraria, de modo que no es aplicable á cada grado un procedimiento determinado. Por esto Joulin la ha precisado, fundándose en el procedimiento que fuese necesario en cada grado, para obtener el paso de la cabeza al través del diámetro estrechado, ó en último grado la aplicacion de medios extremos. Partiendo de este principio ha añadido á la clasificacion de Dubois otras dos categorias, estableciendo por lo tanto 5 grados, á cada uno de los cuales corresponde un procedimiento.

1.º grado de estrechez	95 mm.	Espectacion.
2.º » »	95 á 80 mm.	Forceps.
3.º » »	80 á 70 »	Forceps y ayuda-forceps.
4.º » »	70 á 50 »	Ayud. f. y Cefalotribo.
5.º » »	50 y menos.	Oper. cesárea.

Sin querer dar á esta division un carácter de precision absoluta, porque debe tenerse en cuenta siempre el conjunto de circunstancias que pueden modificar la estrechez, debemos convenir en que es más precisa y más práctica que la de Dubois, y puede perfectamente servir de base para regular la conducta del médico en los casos comunes. Respecto al primer grado no cabe duda ninguna, y puede aceptarse como absoluta la regla, entrando de lleno en lo que antes hemos dicho, esto es, que bastan ordinariamente las contracciones uterinas para vencer el obstáculo. En el 2.º grado, se trata ya de una estrechez más notable, puesto que llega á centímetro y medio más que la anterior. A este grado, solo puede pasar la cabeza del feto, suponiéndola de dimensiones normales, despues de sufrir una reduccion de 1 á 2 centímetros. Ahora bien, esta reduccion, á lo menos en su *máximum*, no debe esperarse de las contracciones uterinas, pero puede alcanzarla el forceps bien manejado, y aun es posible sin detrimento de la integridad del feto, segun se desprende de los estudios hechos por Joulin acerca el grado de reductibilidad de la cabeza del feto. El *tercer grado*, representa una exigüidad tal en los diámetros pélvicos, que es ya muy difícil el paso de la cabeza sin ser préviamente aplastada de una manera mecánica. Por esto la mayoría de tocólogos colocaban ya en este punto la indicacion de la cefalotripsia. Joulin, al formular este grado in-

termedio entre el que se resuelve por el forceps y el que exige la destruccion de la cabeza, lo hizo teniendo en cuenta las indicaciones del instrumento que inventó con el nombre de *ayuda-forceps*, fundado en el principio de que la traccion mecánica, progresiva, lenta y regular, podia vencer resistencias que no alcanza la traccion manual, por mucho que se multiplique su fuerza. La reduccion que se necesita para hacer pasar la cabeza por un diámetro menor de 80 mm. no puede conseguirla el forceps solo, pero la conseguirá este, movido por una fuerza mecánica, gracias á la cual los diámetros craneales pueden adaptarse á aquella estrechez. Esto no se alcanzará siempre impunemente para el feto, puesto que más abajo de $7\frac{1}{2}$ centímetros la reduccion debe ser de más de 2, pero se evita tener que recurrir al cefalotribo, operacion siempre peligrosa para la madre. Este procedimiento no ha hecho más en rigor que perfeccionar el que siguen la mayoría de tocólogos, haciéndose ayudar en las tracciones sobre el forceps por varios ayudantes (V. oper. tocúrgicas. De la fuerza en Obstetricia.)—El *cuarto grado* supone una estrechez de 70 á 50 centímetros, rara ya, pero que en cambio obliga, cuando se presenta, á procedimientos extremos. En el límite superior de esta categoría, quizás pueda sacarse partido del ayuda-forceps, prévia la perforacion del cráneo, pero á medida que se aproxima á los 50 centímetros no hay más medio que, ó aplastar completamente por medio de la cefalotripsia el cráneo del feto, ó abrirle á este un camino al través de las paredes abdominales de la madre. Aun están divididas las opiniones en este punto, y partidarios, unos de la mutilacion del feto, otros de la operacion cesárea, cada autor aconseja segun su criterio. La verdad es que ambas operaciones dan resultados muy poco halagüeños; en una de ellas muere indefectiblemente el infante, y fallece á menudo la madre; en la otra fallece frecuentemente la madre, y la mayor parte de niños viene al mundo sin vida. Ante este triste resultado de la estadística, no sabe el ánimo á qué inclinarse, y lo más adaptable á la sana práctica es proceder segun las reglas siguientes: 1.º En caso de estar muerto el feto, practicar la cefalotripsia. 2.º En caso de vivir el feto, si la mujer está en buen estado, y no hay antecedentes que hagan temer un accidente grave, y sobre todo, si vive en el campo ó en una aldea de buenas condiciones higiénicas, practicar la operacion cesárea. 3.º En el caso de no existir las anteriores condiciones, ó en caso de duda, practicar la cefalotripsia partiendo del principio que entre la vida del hijo y

la de la madre, en los casos ordinarios no cabe vacilacion y debe sacrificarse primero el hijo. El *quinto grado* representa el *máximum* de estrechez, y en él no cabe otra solucion que la operacion cesárea, pues no es posible manejar el cefalotribo en un espacio tan reducido como representa aquella estrechez. Pajot, sin embargo, cree posible aun la cefalotripsia en este grado, y la practica con el instrumento y proceder de su invencion. La práctica prueba que en tal caso la operacion es casi siempre mortal para la madre, y en estas condiciones, el criterio racional debe preferir la operacion cesárea, que sobre ser más fácil, tiene entonces alguna garantía, aunque pequeña, más que la cefalotripsia.

Esto es lo que puede servir de norma para la mayoría de casos de estrechez, segun la práctica generalmente seguida, pero se comprende desde luego que la regla de conducta á que debe *atenerse* el profesor, parte siempre del conocimiento exacto del grado y forma de la estrechez, y esto, en verdad, no siempre es fácil fijarlo con exactitud. El vacío que en los medios de apreciacion de las dimensiones de la pélvis existe en la ciencia, se refleja en la práctica de tal suerte, que aun los hombres más hábiles y más consumados en tocologia, vacilan á veces, sobre todo cuando se trata de términos medios, en que la solucion final se encuentra influida por otra circunstancia completamente desconocida, como es el volúmen de la cabeza del feto. Por esta razon, tanto al establecer las indicaciones que surgen de cada grado de estrechez, como al indicar los procedimientos aplicables á cada indicacion, se hace no en absoluto, sino dentro ciertos limites, único medio de alcanzar una aproximacion lo más exacta posible á la realidad.

Separándose algo de lo sentado al hablar de las indicaciones que surgen en cada grado de estrechez, se encuentran las estrecheces oblicuas. Si se recuerda la forma especial que en ellas afecta el estrecho superior, se comprende que pueda verificarse el parto espontáneamente, siempre y cuando la parte más abultada de la cabeza del feto corresponda á la porcion ancha de aquel. Ahora bien, cuando no sucede así, sino que la cabeza encaja en la direccion del diámetro acortado, la indicacion se cumple practicando la version podálica, extrayendo el feto por los pies, á beneficio de cuya maniobra puede fácilmente hacerse rodar la cabeza antes de su encajamiento, y hacerle atravesar el estrecho en el *sentido* más favorable.

Las ideas expuestas hasta aqui no están universalmente admi-

tidas por todos los prácticos, y hace ya muchos años que se discute si para los grados menores y medianos de estrechez debe aplicarse el forceps, ó es preferible hacer la version. Mad. Lachapelle fué la que empezó á decidirse por la version, suponiendo que los resultados de esta eran más favorables que los del forceps, y desde aquella época, buscando en la teoría un apoyo cada una de las dos opiniones, siguen luchando decididamente en favor de su idea favorita. El gran adalid de la version ha sido Simpson, quien rechazando completamente el forceps, establece como único procedimiento la extraccion manual por los piés. La mayoría de autores ingleses le siguen, y entre ellos Barnes, Milne y Braxton Hirks; en Alemania empezó á preconizar la version Osiander (el joven) y ha sido secundado por Trefurt, Ritgen, Scanzoni, Schröder y Hecker; en Francia únicamente Cazeaux entre los modernos se ha pronunciado decididamente por la version. Las razones teóricas expuestas por todos los autores se hallan reunidas en la memoria de Simpson, reproducida en su *Clinica obstétrica*, y son, condensadas, las siguientes:

1.^a El cráneo del feto representa un cono (*truncado*) cuya base corresponde á la circunferencia superior. Si pues entra por los piés y encaja por el diámetro bi-mastoideo, será más fácil el paso á través del estrecho.

2.^a La presa que puede hacerse sobre el feto cogiéndolo por los piés, facilita ejercer una fuerza de traccion bastante, para comprimir, y hundir si es preciso las regiones laterales del cráneo á su paso por el estrecho superior, lo cual facilita la progresion.

3.^o Cuando se tira la criatura por los piés, es fácil que la cabeza adopte espontáneamente la posicion mejor para encajar en el estrecho segun los diámetros más favorables, y de no ser así es fácil colocarla manualmente en la posicion más ventajosa.

4.^o La bóveda del cráneo se reduce más fácilmente de volumen para atravesar una estrechez cuando la fuerza comprensiva se aplica directamente sobre las regiones laterales, como sucede en las presentaciones pélvicas, que cuando se hace la compression á la vez sobre las regiones laterales y sobre la bóveda, como en las presentaciones craneales.

5.^o La duracion del parto es menor haciendo la version que aplicando el forceps, y esto solo es ya una garantia de mejor éxito para la madre.

Estas proposiciones puramente teóricas, apoyadas en un nú-

mero regular de hechos prácticos, han servido y sirven de base al criterio de los partidarios de la version. Joulín les ha combatido con éxito, en su Memoria titulada, «Del forceps y de la version en las estrecheces pélvicas,» empezando por probar que las estadísticas admitidas como argumento favorable al procedimiento, probaban precisamente lo contrario, y combatiendo luego los demás principios por medio de *experimentos* en un aparato á propósito. Remito á los lectores á dicha Memoria si quieren más datos, y me limitaré á algunas reflexiones que me han sugerido por un lado la lectura de los trabajos publicados por una y otra parte, y por otro el resultado de mi práctica particular. Desde luego, la version no puede practicarse sino antes del encajamiento, puesto que como dice muy bien Stein, el forceps y la version son dos procedimientos que se excluyen, y cuando aquel es aplicable, la segunda es imposible; vice-versa, mientras esta es posible, aquel no puede ser aplicado. Ahora bien, un gran número de estrecheces, las que no bajan de 80 milímetros, se desconocen por completo antes del encajamiento; cuando las dificultades del descenso harán palpable la dificultad, no hay ya medio de practicar la version, y entrará el caso de incompatibilidad de Stein. Al revés de esto, si la estrechez es inferior á 80 milímetros y por lo tanto se ha reconocido en tiempo oportuno, se practicará la version y se extraerá el feto por los piés, en cuyo caso cuando venga á salir la cabeza no bastarán las tracciones normales y tendrá que recurrirse segun la estrechez al forceps ó á la perforacion. Hé aquí un caso, harto frecuente, en que la version no excluye el forceps, y hasta un procedimiento tan grave como la perforacion, operaciones ambas que se practican con mucha más facilidad y éxito, viniendo la cabeza primero que viniendo la última. Aun hay más: queremos conceder alguna ventaja en la manera como se comprime la cabeza si esta encaja por la base, sobre la compresion que hace el forceps sobre la misma viniendo de vértice; ¿compensa acaso esa pequeña ventaja los peligros ciertos que corre el feto por la compresion del cordon, por la retraccion espasmódica del cuello uterino, por las lesiones de la médula debidas á las tracciones sobre el árbol raquídeo, etc.? Si alguna duda tuviéramos, se desvanecería ante los hechos: la mayor parte de los fetos extraídos por medio de la version al través de una estrechez pélvica, mueren. Sin embargo, esto no debe extrañarnos, cuando leemos que «á pesar de los resultados funestos de la aplicacion del forceps,

viniendo la cabeza detrás, optan por este medio» (1), no uno, sino varios autores. Para explicarse esto, es preciso tener en cuenta que los tocólogos ingleses conceden muy poca importancia á la vida del infante, anteponiendo de tal suerte á aquella, la integridad de la madre, que les vemos aconsejar la cefalotripsia, en casos en que por otros medios, el forceps, por ejemplo, se consigue la solucion de la distocia, siempre con alguna más garantía para el feto. Aquí, empero, no nos parece que quepa esta razon, porque segun todos los resultados contestes de todas las observaciones clásicas, la version es más funesta para la madre, que la aplicacion del forceps bien hecha. Hoy, sobre todo, que con una hábil aplicacion de la mecánica al hacer las tracciones, se puede desarrollar una gran cantidad de fuerza capaz de conseguir una reduccion notable en los diámetros craneales, y esto sin contundir ni interesar las partes blandas del aparato genital, no puede razonablemente sostenerse que el forceps sea, como dice Simpson, un instrumento inútil, y otro añade perjudicial. Creemos que su aplicacion puede resolver perfectamente las distocias por una estrechez de 80 y hasta 70 milímetros, ayudado de la fuerza metódica; varias veces hemos extraido fetos vivos por medio del forceps al través de un diámetro conjugado de 90 y menos milímetros, y cuando se ha tratado de extraer fetos muertos al través de una estrechez algo más graduada, convirtiendo el forceps en instrumento de reduccion lenta, hemos conseguido la extraccion, sin ningun accidente de parte de la madre. Al lado de esto, ¡cuántas veces se ha complicado un parto en presentacion de nalgas, en una pélvis normal, solamente por dificultades en encajar la cabeza, que han hecho precisa una aplicacion de forceps! Si esto sucede cuando los diámetros son suficientes, ¿qué deberá suceder si hay en ellos exigüidad?

La práctica de los tocólogos españoles ha estado siempre conforme con estos principios. Nuestros reputados maestros los doctores Alonso y Rull, aconsejan y practican lo mismo que llevamos expuesto, y que puede reducirse á estas cuatro indicaciones escalonadas; *espectacion*, *forceps*, *perforacion*, *histerotomía*. Esto no excluye la práctica de la version en algunos casos especiales, en los que se puede practicar aquella maniobra, si todas las circunstancias le favorecen (como por ejemplo) las estrecheces oblicuas, las presentaciones de cara en un ínfimo grado de acortamiento,

(1) Schroder.

y desde luego en las presentaciones de tronco en que no cabe otro procedimiento.

Parto provocado.—Todo lo que precede se refiere á aquellos casos en que el médico debe decidirse en el momento mismo del parto; casos por desgracia los más comunes en que no ha sido posible prever la situacion en que colocaria á la madre una estrechez pélvica, por no haberse apercibido anteriormente de esta lesion. Pero hay ocasiones en que, ó bien porque un parto anterior hizo necesaria una operacion y confirmó la viciacion de la pélvis, ó bien porque al traducirse en las formas exteriores del cuerpo la viciacion de la pélvis fué llamado á tiempo el médico para reconocer la region y pudo apreciar la forma y grado de la estrechez, no es desconocida la anomalía, y el profesor puede regular su conducta, de suerte que prevenga con tiempo los compromisos del parto, y aun haga posible éste con completa garantia para los dos séres. Todo se reduce á obtener una conformidad de dimensiones entre el feto y el conducto que debe recorrer, para lo cual existen dos procedimientos diversos: el 1.º, que cuenta alguna antigüedad, consiste en sujetar la mujer embarazada á un tratamiento que dé por resultado una notable exigüidad en el desarrollo del feto, por medio de una prolongada abstinencia, sangría y purgas. Como se comprende, este proceder es peligroso, y además poco fiel, pues muchísimas veces se consigue la emaciacion de la madre, sin entorpecer suficientemente el desarrollo del hijo. Como además solo es aplicable á casos de un acortamiento poco notable, generalmente han desistido de él los prácticos, por lo menos los que tienen confianza en otros medios científicos más eficaces. El segundo consiste en el parto provocado prematuramente. Conocidas son las dimensiones de la cabeza del feto á cada una de las épocas de la gestacion; provocar, pues, el parto en una época en que las dimensiones fetales no sean mayores aun que las pélvicas, resuelve completamente el problema. Esta operacion, ni sus indicaciones ofrecen dificultad ninguna, cuando se trata de provocar el parto prematuro propiamente dicho, es decir, cuando el feto es ya viable, porque en tal caso no se atenta á la vida del infante; y tanto en el terreno religioso como en el social la cuestion se halla resuelta: entre una operacion como la cefalotripsia ó la histerotomía, directamente atentatorias á la integridad de los dos séres, y una operacion inofensiva y sencilla, que no hace mas que adelantar de algun tiempo la obra de la naturaleza, en beneficio de la madre y del hijo, no

cabe dudar y hoy son pocos los que se oponen á la práctica de provocar el parto, como medio de evitar los compromisos de una estrechez pélvica.

No se presenta ya así la cuestión cuando la exigüidad de los diámetros es tal, que exija la provocacion del parto antes de la época de viabilidad del feto. Si la moral religiosa y la moral médica han podido sin inconveniente autorizar el parto prematuro provocado, no ha sido así con el aborto provocado, y ante el veto de la religion y de la moral social, el médico no puede decidirse por él, por más que los peligros que rodean á la distocia confirmada, y la casi seguridad de que en el momento del parto serán dos las víctimas resultantes de la anomalía en que se encuentra la naturaleza, parezca que le autoricen para obrar de suerte que uno de los dos seres, aquel precisamente que más derechos tiene á la vida, conserve su existencia, sacrificando al hijo antes del complemento de su desarrollo. Volveremos á ocuparnos de esto en el capítulo del parto prematuro provocado.

Admitida en general la indicacion de provocar el parto, es preciso saber á qué tiempo debe esto hacerse, segun el grado de estrechez. Conformándonos con la clasificacion admitida, aceptaremos las siguientes indicaciones:

1.^{er} grado.—95 mm.—La provocacion del parto no está indicada, á menos que partos anteriores hayan evidenciado que á pesar de la poca coartacion de los diámetros el parto no era posible, en cuyo caso podria provocarse dos semanas antes del término natural.

2.^o grado.—95 á 80.—En estas estrecheces debe provocarse el parto desde los 7 $\frac{1}{2}$ á los 8 meses, segun toque la estrechez á uno ú otro de los dos extremos.

3.^{er} grado.—80 á 70.—Está indicado el parto prematuro entre los 7 y 7 $\frac{1}{2}$ meses.

4.^o grado.—70 á 50.—Deberá provocarse el parto antes de los siete meses. Cuando la estrechez baja ya de los 60, será á los seis meses.

5.^o grado.—Menos de 50.—Indicacion del *aborto provocado*, tanto más pronto cuanto mayor sea el acortamiento, pero siempre antes de los 6 meses.

Una indicacion de la importancia de lo que nos ocupa, exige siempre antes de tomarla un conocimiento exacto de los datos en que se funda, y de consiguiente debe precisarse exactamente la estrechez por todos los medios oportunos hasta conseguir una

verdadera conviccion de la situacion en que se encuentra la pélvis. En el terreno clinico se exige aun otra condicion, que es á la vez solicitada por la moral médica, en lo que se refiere á *responsabilidad científica*, y por la moral social, bajo el punto de vista juridico; esta condicion es que no se pase á la realizacion del parto provocado, sin prévia consulta con otros profesores, cuyo asentimiento dé fuerza y legalidad á la resolucion tomada. La conviccion personal vale mucho en Medicina, y es cierto que en ciertas ocasiones tiene por si sola más valor que todos los votos que pudieran apoyarla; pero ante la sociedad, y ante la conciencia pública esos votos dan siempre fuerza moral á las opiniones personales, y cubren la responsabilidad legal.

No podemos concluir el capítulo de las estrecheces pélvicas sin hablar de un tratamiento, el verdaderamente profiláctico de las distocias.

La mayor parte de las estrecheces pélvicas reconocen como causa el raquitismo, enfermedad que, contraida en el seno materno, ó muy poco despues del nacimiento, es propia de la primera infancia. Si en esta época de la vida no se desprecian las primeras señales de la enfermedad, si un tratamiento bien dirigido contra los primeros síntomas evita la deformacion del esqueleto, se conseguirá que más tarde no presente éste formas viciadas, completamente opuestas al complemento de las funciones de generacion. Por esto debemos aconsejar á los jóvenes médicos que miren con especial predileccion las afecciones escrofulosas y raquíticas de las niñas; si en el sexo masculino puede esto ser indiferente, en el femenino es de sin igual trascendencia. Que con su autoridad científica hagan comprender á los padres cuán peligroso es que sus tiernas hijas empiecen á andar muy pronto; las desfiguraciones de la pélvis empiezan por esa accion sobre ella de los músculos del tronco y de las extremidades, y sobre todo por la que ejerce el peso del cuerpo que descansa sobre ella, antes de tener la conveniente solidez. Precisamente tiene el raquitismo una marcha ascendente y lenta, lo cual hace que pueda reconocerse fácilmente, y que pueda atacarse con eficacia antes de llegar á la region pélvica. Este puede decirse que es el verdadero tratamiento profiláctico de la distocia que nos ocupa, puesto que va dirigido á combatir su causa primera.

Puede plantearse la cuestion de nubilidad acerca una jóven deformada. Cuando el médico sea consultado por los padres respecto á este particular, debe cerciorarse bien del género, forma

y grado de la deformacion; si esta es de tal suerte que constituya una estrechez de 4.º, ó 5.º grado bien comprobada, no debe titubear en decir, que la jóven no es núbil, en el sentido en que tomamos esta palabra. (V. FISILOGIA, cap. I, pág. 107) Esto debe entenderse empero como dictámen puramente amistoso y científico, no legal, pues no sabemos que ningun Código se haya ocupado de esta importante cuestion de higiene social.

II.

Vicios de conformacion y situacion de las partes blandas.

En primer lugar, debemos considerar como vicios anatómicos que pueden constituir distocia en el grupo que nos ocupa, las posiciones de la matriz que se separen de la ley general, y de consiguiente entran en ellas las inclinaciones laterales, la anteversion y retroversion; el descenso, y tal vez la hernia; aunque esta última, es tan excepcional, que apenas puede decirse acerca de ella nada de particular.

Las inclinaciones laterales tienen poquísima importancia bajo el punto de vista del parto, pues aunque entran en la consideracion general de todas las derivaciones por el hecho de dar al cuello una direccion viciosa, inapta para el fenómeno del parto, esta es tan poca, y se rectifica tan fácilmente por las contracciones uterinas, que por sí sola nunca constituye distocia.

Retroversion y retroflexion.—En esta variedad de situacion, el fondo de la matriz viene á corresponder á la cavidad del sacro en la que parece alojarse, y el cuello detrás del cuerpo del púbis (figura 82.^a). Este fenómeno morboso, debido casi siempre á causas accidentales que obran de una manera brusca y casi instantánea, aunque no muy frecuente, se ha observado, sin embargo, bastantes veces para poder formular bien su historia. Como se comprende fácilmente, solo es posible que se realice durante los cinco primeros meses de la gestacion, pues despues de esta época el volúmen del útero grávido es ya excesivo para alojarse en la pequeña pélvis, y por otra parte su situacion casi total en la region superior, haria imposible el mecanismo de la version uterina. Durante los primeros meses, tampoco es frecuente, porque las causas que pueden obrar sobre el útero en el sentido de producir su inclinacion, no le alcanzan por su exigüidad; así puede decirse que la época en que más fácilmente puede obser-

varse es durante el tercero y cuarto mes, y á esta se refiere la mayor parte de observaciones recogidas por los autores.

La retroversion se produce alguna vez por la accion lenta de un obstáculo mecánico que se opone al movimiento de avance

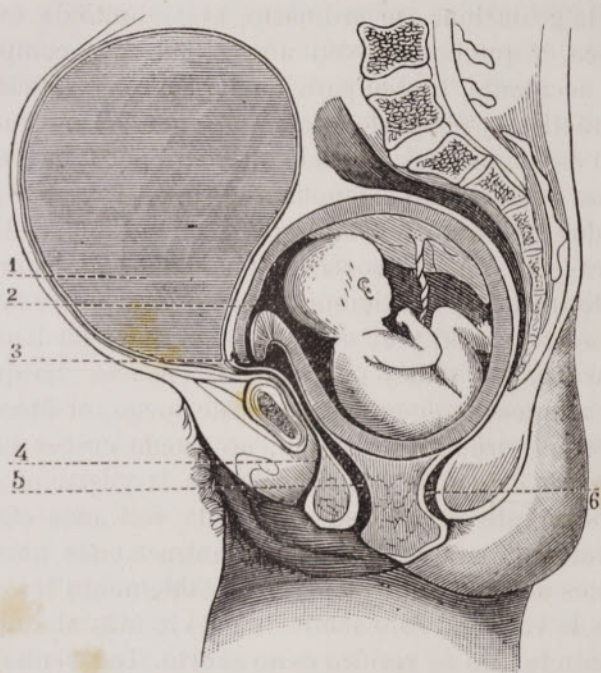


Fig. 82.^a—RETROFLEXION DEL ÚTERO GRÁVIDO.—1. Vejiga urinaria enormemente dilatada.—2. Utero, alojado en la cavidad del sacro.—3. Cuello uterino en situacion normal.—4. Uretra.—5. Vagina.—6. Recto.

del útero, pero regularmente es efecto de una causa brusca, como un salto, una caída, un esfuerzo muscular de las regiones superiores del tronco que produce la fuerte depresion de las vísceras abdominales y consecutivamente un movimiento de báscula del útero que le pone en situacion horizontal en vez de la vertical que debe tener. Parece que debe considerarse como causa predisponente la pluriparidad, puesto que el accidente no se vé en las primíparas. Bajo la accion de la causa productora, la desviacion de la matriz es mayor ó menor segun su energia, admitiendo los autores tres grados; en el 1.^o el eje del útero es horizontal; en el 2.^o se encuentra el fondo algo más bajo que el cuello; en el 3.^o el eje es vertical, pero correspondiendo el fondo hácia abajo y el cuello al estrecho superior. Este último grado lo cree-

mos simplemente teórico; en el estado de preñez, y dadas las relaciones con los órganos vecinos, no es prácticamente posible, sino prévia la rotura de la vagina y de algunos ligamentos uterinos. Lo mismo puede decirse de la retroflexion.

La retroversion puede constituir uno de los más sérios accidentes de la gestacion. De ordinario, el conjunto de fenómenos que provoca, y que constituyen un verdadero y completo síndrome del accidente, bastan para llamar sobre este toda la atencion del práctico, y obligarle á tomar los medios oportunos para restablecer las cosas en su estado normal; pero hay ocasiones en que pasa desconocido el fenómeno principal, ya porque estén mal definidos los síntomas, ya porque habiéndose producido de una manera lenta, no ha provocado fenómenos muy apreciables, y ha podido trascurrir un tiempo bastante largo entre la produccion de la retroversion y el momento en que se ha hecho apreciable, para poder tomar providencias eficaces. Lo que en tal caso debe acontecer se comprende desde luego; el útero encerrado dentro un círculo indilatable, no puede crecer en la proporcion que lo exigen las necesidades de la gestacion; la compresion sobre este órgano se hace cada vez más efectiva, y consecutivamente se determinan las contracciones uterinas, no sin que antes de esto se exasperen notablemente los síntomas propios de la version. Esto acontece todo lo más al quinto mes, y por lo tanto lo que se verifica es un aborto. Todavía hay más; la disposicion especial del útero con el fondo invertido fuertemente hácia atrás, coloca al cuello en las peores condiciones para la dilatacion; aun verificándose esta cuando las contracciones son activas, la expulsion del feto no puede hacerse bien, y la ciencia registra casos de ruptura del útero para dar paso al feto, como consecuencia de este antagonismo, y con el resultado fatal para la madre que no puede dejar de seguirse. Por esto es preciso reconocer á tiempo la retroversion, no solo porque únicamente así se puede evitar el aborto, sino porque si se tarda en reconocerlo, y ha adquirido el útero proporciones algo grandes, no es posible la reduccion, ó por lo menos se hace dificilísima, exige maniobras penosas, y hasta es posible que determinen estas el aborto, que no llegó á provocar la alteracion de relaciones del útero.

Los síntomas que caracterizan la retroversion en el estado de preñez son de dos clases; unos se refieren principalmente al útero; los otros son debidos al desórden producido en los órganos

inmediatos. Entre los primeros encontramos, el *dolor uterino*; unas veces es solo una sensacion vaga de malestar y de peso que se refiere al fondo de la *pélvis* y á las regiones inguinales; otras está constituido por dolores uterinos que al principio se parecen á los calambres, para convertirse pronto en dolores contractiles angustiosos, sobre todo cuando llega el cuarto mes de la gestacion. Como caracteres locales el tacto presta algunos datos importantisimos. El cuello no se alcanza; la vagina, excesivamente estirada, no deja llegar á reconocer la region que ordinariamente está al alcance del dedo; al contrario, hácia el fondo de saco posterior y más aun tactando por el recto, puede reconocerse el fondo del útero, apoyado fuertemente contra la pared anterior de este, y tanto más bajo cuanto más graduada es la retroversion. Los síntomas referibles á los órganos inmediatos son: en primer lugar la dificultad en la emision de la orina, debida á la compression que sobre la region cervical de esta ejerce el cuello uterino. En los casos en que el accidente se produce con rapidez y esté algo adelantada la gestacion (4.º mes), la imposibilidad de emitir la orina es absoluta, la vejiga se llena y dilata de una manera extraordinaria, (V. la fig. 82.^a) y este fenómeno, que muchas veces basta para dar á conocer el accidente de que se trata, es por sí solo una grave complicacion, produciéndose como consecuencia de la retencion, la ruptura, ó bien accidentes urémicos. (Hunter, Bamberger.) Las funciones del intestino pueden estar tambien alteradas por una causa parecida, dificultándose la expulsion de las heces, con todas las consecuencias de la retencion de las mismas por encima del recto. Con estos datos bien apreciados se podrá formular el diagnóstico de la retroversion.

La existencia comprobada de una retroversion, exige la reduccion, la cual debe verificarse lo más pronto posible, desconfiando de que pueda realizarse espontáneamente. Para proceder á la operacion, lo primero que debe efectuarse es la deplesion del recto y de la vejiga; el cateterismo de esta última es siempre dificultoso y exige para completarlo mucha paciencia y tanteos hasta llegar á encontrar la verdadera direccion de la uretra. Una vez conseguido esto, se pasa á la reduccion, para la cual existen dos procedimientos principales. Para el primero, colocada la mujer sobre las rodillas y los codos, de modo que esté la *pélvis* más elevada que el pecho, se introduce en la vejiga la mano, con cuyos dos dedos índice y medio se comprime el fondo del útero llevándolo hasta el promontorio, y procurando hacerle salvar este

limite. Se aconseja actuar al propio tiempo sobre el cuello, llevándolo hácia abajo con dos dedos de la otra mano, mas esto no es prácticamente posible. Puede que no basten dos dedos para comprimir el fondo del útero, en cuyo caso se coloca toda la palma de la mano, y con ella se hace la compresion y elevacion requeridas. El segundo proceder es más lento, pero ordinariamente más seguro. Colocada en igual postura la mujer, se introduce en la vagina y en la direccion del fondo de saco posterior una esfera de caoutchouc, con su correspondiente conducto provisto de una llavecita. Por esta se ingerta agua, la cual dilatando la esfera, provoca de una manera regular y ordenada el ascenso del fondo del útero, pudiendo luego, cuando este ocupe ya su debido lugar, dejarse colocada como medio contentivo, hasta que se considere evitada la recidiva. Cuando la reduccion fuese imposible, y los sintomas locales aumenten, amenazando con producir alteraciones graves, estará indicado el parto ó el aborto provocado.

Anteversion.—Así como la retroversion se presenta en los primeros meses de la gestacion, la anteversion es propia de los últimos, y debida generalmente á la excesiva laxitud de las paredes abdominales, que no pueden servir de apoyo al útero grávido. La anteversion lijera es la posicion normal de la matriz, pues así debe estar en la cavidad abdominal para que su eje coincida con el del estrecho superior; pero la exageracion de este estado es ya un accidente. El último grado de anteversion, acompañado de separacion de la línea alba, constituye lo que llaman los franceses *ventre en forma de alforja*. La significacion de este vicio de situacion debe buscarse principalmente en el cuello; este corresponde delante del sacro, algunas veces á tanta altura que alcanza el promontorio, y en ese estado el parto se vuelve muy laborioso, porque la cabeza del feto al encajar en el estrecho superior lo hace comprimiendo la parte anterior del segmento inferior, que la cubre como un gorro; las contracciones, por enérgicas que sean, no bastan á dilatar el cuello por la mala situacion que este guarda, y el parto se hace interminable hasta que se corrige la version; aun entonces la dificultad no está vencida del todo, pues el lábio anterior del cuello queda más comprimido que el posterior entre la presentacion, y el púbis, se infiltra, se hincha, y si bien por lo regular no produce efectos graves, es siempre un obstáculo á la marcha progresiva y natural del parto. La anteversion se reconoce perfectamente, en primer lugar por la simple

inspeccion de la pared anterior del abdómen y luego por el tacto vaginal. La reduccion se consigue haciendo adoptar el decúbito supino, y comprimiendo lijeraamente el fondo del útero de abajo arriba y atrás, por medio de una toalla aplicada metódicamente sobre el abdómen.

Prolapso del útero.—Puede presentarse el descenso del útero en sus diferentes grados, pero rara vez constituirá una complicacion grave. El hecho de la gestacion es por si solo un medio eficaz de reduccion en los casos en que sobreviene, estando previamente descendido el útero, precisamente porque forma parte de los fenómenos de la gestacion el ascenso del útero. Ahora, si fuera de tal naturaleza que la reduccion no pudiera verificarse, debe considerarse como una causa poderosísima de aborto.

Inversion del útero.—Este hecho se produce en el momento del parto, ya al finalizarse la expulsion del feto, ya al salir ó ser extraida la placenta. Muchas veces es efecto de una maniobra practicada bruscamente. Debe considerarse por lo tanto como una distocia que solo afecta consecutivamente á la madre, pues viene siempre concluido el parto. Algunas veces ha podido desconocerse una inversion incompleta del útero, y tomarse la porcion del fondo del mismo que asoma por el orificio del cuello, como la cabeza de un segundo feto, ó como una porcion de placenta, y aun ha dado lugar á maniobras y operaciones fatalísimas para la vida de la madre. El tacto bien practicado, combinado con la palpacion abdominal, bastará siempre para diagnosticar la alteracion y evitar accidentes desagradables. La indicacion que surge del fenómeno una vez comprobado, es la reduccion inmediata. Esta se practica colocando la mujer en la misma postura que para la reduccion de la retroversion, y se hace *la taxis* con toda la mano introducida en la vagina, cuidando de que entren las primeras las partes últimamente salidas, excepto en los casos de inversion completa, en los cuales se empieza por comprimir el fondo formando un cono entrante que se va ascendiendo hasta conseguir la reduccion sucesiva de todo el útero. Cuando ha tenido lugar la inversion estando aun adherida la placenta, se presenta el problema de si conviene practicar inmediatamente la reduccion, sin esperar el desprendimiento de aquella, ó vice-versa dejar que se desprenda primero la placenta. Los tocólogos no están conformes en el procedimiento, pero parece más seguro empezar por la reduccion, aunque sea esta más difícil antes que despues del desprendimiento, con el objeto principal

de evitar la hemorragia, que seria muy grave con el útero invertido.

Obliteracion del cuello del útero.—Por más que parezca anómalo y difícil de comprender el hecho, existen sin embargo suficiente número de ejemplos, para que podamos considerar dicha obliteracion como una notable distocia. Puede ser completa é incompleta; la primera se comprende desde luego que ha de ser posterior á la fecundacion, y las causas que la ocasionan debemos referirlas á estados flogísticos y ulcerativos del cuello, á cauterizaciones de la cavidad de este y á maniobras mal ejecutadas para provocar el aborto. La obliteracion completa puede estar en uno ó en otro de los orificios. Cuando puede alcanzarse bien el cuello y guarda este su direccion normal, no es difícil formular el diagnóstico de la obliteracion, que la duracion ineficaz de las contracciones ha empezado por hacer sospechar, y luego hace evidente la exploracion directa por el tacto, ayudado si conviniere de un estilete para asegurarse de la no existencia de los orificios. Pero si la obliteracion radica solo en el orificio externo, y la desaparicion del cuerpo se ha completado, es ya difícil el diagnóstico, porque el tacto solo acusa la presencia de una superficie redondeada, esférica, lisa, sin señal de cuello, y esto es exactamente igual á los casos de desviacion de este, ó anteversion del útero, en los que el tacto solamente aprecia el segmento inferior dilatado. La aplicacion del especulum no ayuda nada al diagnóstico, pues la vista lo mismo reconoce en un caso y otro; es decir, que la confusion existe entre la obliteracion y la desviacion y elevacion del **cuello**, y sin embargo, importa mucho fijar bien el diagnóstico. Para formar juicio es menester introducir cuatro dedos en la vagina para poderse asegurar de que no existe cuello, y alcanzar, como aconseja Depaul, el límite del fondo de saco vaginal posterior, con lo cual, dice, si no ha encontrado el **cuello**, podrá tener la seguridad de que no existe. Esta operacion no es fácil y en la mayoría de casos no es posible alcanzar ni reconocer la insercion posterior de la vagina, y sin embargo no podemos recurrir mas que á estos medios para cerciorarnos del estado exacto de la situacion.

En otros casos la obliteracion no es completa; parte del cuello está como adherido, pero queda un espacio permeable á un estilete, y de consiguiente apreciable el punto donde deberia estar el conducto cervical. La suspension de la marcha del parto se verifica tambien en este caso como en el primero, siendo preciso

intervenir para evitar que se produzca una rotura de las paredes del útero, bajo la accion de contracciones enérgicas. Nøgele describe una forma menos grave de obliteracion, consistente en una especie de pseudo-membrana que reúne los bordes y cierra el orificio externo, oponiéndose tenazmente á la dilatacion. Esta forma es fácilmente diagnosticable, y supone menos gravedad que las anteriores, como que en algunos casos ha bastado la contraccion uterina para romper esa membrana dejando el cuello dilatable y permeable.

La indicacion que surge en los casos de obliteracion, es la abertura artificial por medio del bisturí. Cuando la obstruccion es debida á un tejido cicatricial desarrollado en el orificio externo, se lleva hasta este punto un bisturí cubierto con lienzo ó con vaina metálica en su mayor extension, sirviendo de conductor el dedo. En el momento de la contraccion se corta sobre aquel tejido en el sentido del diámetro trasversal, incindiendo capa por capa en la extension de 10 ó 15 milímetros, hasta que la falta de resistencia nos indica haber llegado al límite, es decir, á las membranas. En los casos en que no hay vestigios del cuello, ni se puede fijar su situacion probable, se practicará la incision en la línea media y un poco hácia atrás, trazando entonces un cuello del todo artificial al través de las fibras uterinas. Depaul dice que el dedo reconoce un punto más delgado que el resto de la pared uterina y que en este debe operarse por ser precisamente el á que corresponde el cuello. En estos casos no basta una simple incision, como en el caso anterior, sino que es menester hacer partir de ella unos cuantos desbridamientos practicados con un bisturí de boton, interesando exclusivamente el tejido uterino, y salvando la vagina. En las simples aglutinaciones, cuando no ceden á la contraccion se dividen sencillamente con la ayuda de un estilete, sin necesidad de instrumento cortante.

Estrechez y obliteracion de la vagina.—La estrechez de la vagina puede ser natural ó congénita y accidental. La primera nunca se convierte en obstáculo sério á la marcha del parto; la segunda, debida á cauterizaciones, á ulceraciones mal cuidadas, al uso de inyecciones irritantes, etc., tampoco es obstáculo sério, y poco á poco las cicatrices ceden á la presion de la cabeza y se dilata la vagina sin rotura; resultando únicamente más largo el parto. Pero la atresia es á veces completa, y entonces el obstáculo al paso del feto es absoluto. Si se trata de bridas cicatriciales, se cortan entonces con el bisturí, procurando siempre salvar los

tejidos profundos, y sobre todo la cabeza del feto que apoya detrás de la cicatriz. Pueden encontrarse tabiques horizontales, que representan una especie de diafragma, considerado por los autores como himenes suplementarios: una pequeña incision crucial sobre ellos, basta para resolver la dificultad que oponen á la marcha del parto.

Los tabiques longitudinales que como anomalia presentan algunas vaginas, ceden á la presion de la cabeza del feto por la accion de las contracciones uterinas.

Se ha citado por algunos fisiólogos un vicio de conformacion especial de la vagina, en que esta se abre en el recto, por cuyo punto se habia verificado la fecundacion. En los pocos casos conocidos de esta índole, el parto se ha completado por el recto, ayudado de un desbridamiento del ano, pero sin consecuencias (1).

La inversion de la vagina es un fenómeno que puede presentarse en el momento de bajar por ella la cabeza del feto. Un pequeño grado de esa inversion es muy comun verlo en las pluríparas, en las que la vagina doblada sobre sí misma forma una especie de rodete entre la cabeza del feto y la arcada del púbis. Esta pequeña inversion es fácilmente reducible en el espacio de no-contraccion. Pero en los casos de inversion completa, que forma un gran rodete circular edematoso que precede á la cabeza y llena el anillo vulvar, la reduccion no es posible, y casi siempre hay necesidad de recurrir al forceps para completar la extraccion de la cabeza.

Resistencia y obliteracion de la vulva.—En un grado mínimo la resistencia de la vulva es un fenómeno casi constante en las primíparas, que retarda algo la terminacion del parto, pero que de ordinario se resuelve espontáneamente. La manera mejor de facilitar esta solucion es retardar la progresion del feto, mientras la vulva se dilata, por medio de los dedos aplicados sobre la cabeza por entre los lábios de la vulva. Si esto no basta, la estrechez es mucha y se teme la rotura, se practicarán con el bisturí dos incisiones laterales, de medio centimetro cada una, que interesen el grueso del anillo vulvar un poco más abajo del tercio inferior, para salvar el conducto escretor de la válvula vulvo-vaginal. La incision se hará durante un dolor. Cuando coexiste la estrechez de la vulva con una posicion occipito-pos-

(1) El desbridamiento se ha hecho por la parte anterior, reuniendo la abertura anal con la vulvar.

terior persistente, será ventajoso hacer la extraccion con el forceps. La persistencia del himen no suele ser obstáculo grande, pues cede á la presion de la cabeza del feto: en caso de mucha resistencia se incinde con el bisturí. Es aplicable igual procedimiento á los casos de aglutinacion ó adherencia de los grandes lábios.

Resistencia del periné.—La rigidez notable de los tejidos puede dar una tonicidad tal al periné, que resista á la dilatacion y sea un obstáculo á la marcha del parto. Ya digimos en otro lugar que esta resistencia no era activa, sino pasiva, y debida á una mayor dureza de la fibra que resiste á la distension: por esto la vemos con preferencia en las primíparas, coincidiendo con la rigidez de la vulva. Esa resistencia produce sobre la marcha del parto dos efectos diferentes; unas veces la matriz, cansada de luchar contra un obstáculo invencible, cede en sus esfuerzos y cae en inercia; el parto se suspende. Otras veces se exaspera esa misma contractilidad, el esfuerzo es casi continuo, y mientras localmente la matriz se halla en un estado tetánico, la disposicion general se malea presentándose un síndrome nervioso que hace augurar la explosion de fenómenos graves. En uno y otro caso es preciso intervenir. En el primero se procura reanimar la contractilidad uterina y cuando reaparecen las contracciones se facilita la terminacion con la aplicacion del forceps. En el segundo caso se practica desde luego esta operacion extrayendo el feto con la debida precaucion para no rasgar el periné (incisiones). Téngase siempre en cuenta que la permanencia de la cabeza en la excavacion es perjudicial á ambos séres, y que por lo tanto la intervencion no debe demorarse. Cuando la resistencia del periné, más que por el estado de su tejido, está sostenida por una posicion viciosa, entonces constituye esta principalmente la distocia, y el procedimiento que deberá seguirse viene indicado por la índole de aquella viciacion relativa.

III.

Error de lugar en el desarrollo del feto.—(Preñez extra-uterina.)

Incluimos entre las distocias la preñez extra-uterina, partiendo siempre del concepto que hemos formulado de las distocias, es decir, como alteracion de las leyes que presiden al parto y á los hechos que necesariamente le preceden. La mayor parte de los

autores de Obstetricia incluyen el error de lugar en el desarrollo del feto entre las aberraciones de la preñez, é indudablemente, considerada en su origen puede perfectamente considerarse como una viciacion en la manera de realizarse los fenómenos primitivos de la generacion. Dentro de nuestro punto de vista, la preñez extra-uterina, que llamamos heterotopia, representa una aberracion absoluta de las leyes de lugar (condiciones anatómicas) necesarias para el cumplimiento de los fines de la operacion, y esto principalmente sucede porque el sitio en donde se ha desarrollado el feto carece de las condiciones necesarias siempre para realizar el parto, algunas tambien para permitir la prolongacion de la gestacion hasta sus limites naturales, de lo cual resulta, como luego veremos, preñeces que llegan á término, pero sin poderse realizar el parto, y preñeces que terminan más ó menos prematuramente, por solucion patológica de los medios de union entre la madre y el feto.

Cuando el óvulo fecundado, en vez de bajar hasta la matriz para realizar su evolucion completa, se detiene en un punto de su trayecto, y se fija en él, y allí se desarrolla, se verifica el llamado *error de lugar en el desarrollo del feto; heterotopia del parto*. Segun el punto en que el óvulo se detiene y se fija, la preñez resultante toma diferentes denominaciones: 1.º *Preñez ovárica*, cuando el huevo fecundado queda adherido á la superficie misma del ovario. 2.º *Preñez tubaria*, cuando detenido el huevo en el trayecto de la trompa entre el ovario y el útero, se desarrolla en ella. 3.º *Abdominal*, el huevo desprendido del ovario, pero fuera de la trompa, se fija en un punto de la cavidad abdominal. 4.º *Intersticial*, en que se desarrolla el huevo en la porcion de trompa que atraviesa el grueso de las paredes uterinas; á esta la llama Carus, *tubo-uterina*.

1.º *Preñez ovárica*.—Por su rareza en presentarse en la práctica, ha sido puesta en duda la existencia de esta variedad, que sin embargo está hoy evidenciada por numerosas observaciones. El óvulo adhiere al ovario, pero al crecer invade tambien el pabellon de la trompa, y luego lo mismo puede tomarse como tubaria la adhesion que como ovárica, de lo cual ha partido la opinion de los que no han admitido mas que dos formas de preñez extra-uterina, la tubaria y la abdominal (Kiwisch). Pero Mayer, primero, y luego Virchow, y el mismo Kiwisch, han podido comprobar con sus trabajos anatómicos, que el óvulo puede desarrollarse durante algun tiempo, no solo en la superficie del ovario,

sino dentro de su vesícula, en cuya túnica propia se desarrollan los primeros fenómenos de proliferacion y trasformacion celular, que le cambian en tejido propio para recibir la adhesion de la placenta, y representar el papel que en las preñeces uterinas está asignado á la mucosa útero-placentaria.

2.^o *Preñez tubaria.*—La más frecuente de esas anomalías, resulta de la implantacion del huevo en un punto cualquiera del trayecto de la trompa de Fallopio, por cuya razon han distinguido algunos tres variedades: tubo-ovárica, cuando se fija el óvulo en el pabellon: tubaria, cuando en su porcion media, y tubo-uterina, cuando en la parte inferior del trayecto, confundién dose con la intersticial. Parece comprobado que la trompa del lado izquierdo es con mucha más frecuencia que la derecha, asiento de estas preñeces. Al desarrollarse estas, la trompa se dilata en forma de saco, pero no por simple dilatacion mecánica, sino por una multiplicacion de sus elementos anatómicos, parecida á la que se verifica en el útero bajo la influencia de la gestacion. Ese desarrollo de fibras puede ser tan graduado, que simule perfectamente el útero. La mucosa á su vez se hipertrofia y sufre exactamente la evolucion de la caduca, (Figura 83.^a)

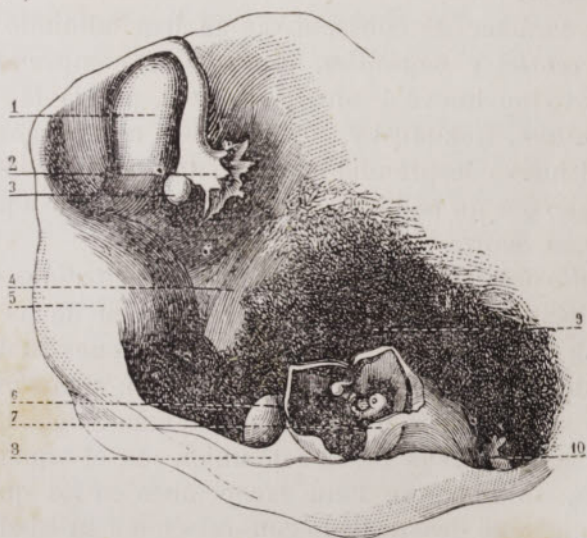


Fig. 83.^a—PREÑEZ EXTRA-UTERINA OVÁRICA.—1—Ovario derecho.—2—Trompa.—3—Hidátide del pabellon.—4—Repliegue de Douglas.—5—Fondo del útero.—6—Ovario izquierdo.—7—Saco ó quiste dentro del cual se ha desarrollado el embrión.—8—Trompa del lado izquierdo.—9—Coágulos sanguíneos procedentes de la ruptura del saco.—10—Extremidad libre de la trompa.—(*Museo anátomo-patológico de Erlanger.*)