

Manual de partos, dedicado especialmente a las parteras / por D. Ignacio Torres.

Contributors

Torres, Ignacio.

Publication/Creation

Mexico : Imprenta de Manuel Castro, 1858.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/nqvw848k>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

**wellcome
collection**

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>



WOMEN'S INSTITUTE LIBRARY	
1950	
Coll.	W 0100
No.	1858
	T/69m

M19846



22501312308



Digitized by the Internet Archive
in 2015

MANUAL

DE

PARTOS,

DEDICADO ESPECIALMENTE

A LAS PARTERAS,

Por el catedrático
de Obstetricia en el colegio de Medicina de México,

D. IGNACIO TORRES,

PROFESOR DE MEDICINA Y CIRUJIA.

~~~~~  
Esta obra se espnde en la casa del autor,  
calle de Donceles núm. 22.  
~~~~~

PRECIO 2 PESOS.

MEXICO:--1858.

—
IMPRESA DE MANUEL CASTRO,
Calle de las Escalerillas número 7.

WATSON

EDITH

ADVIS

ADVIS

WATSON

PROLOGO.

La necesidad de una obra elemental de partos dedicada especialmente á las parteras, es una cosa tan palpable, que ella ha puesto la pluma en mis manos contra mi natural inclinacion. En efecto, el año pasado que fuí encargado de dar lecciones de Obstetricia en el colegio de Medicina, me encontré sin un autor que pudieran estudiar las personas dedicadas á este ejercicio, porque las obras que tratan de este ramo, ó son obras muy estensas que profundizan la materia, hasta un grado que tal vez no podrian comprender personas sin educacion literaria, ó son tan superficiales que nunca pueden dar una instruccion sólida. Las primeras como las de Cazeaux, Jacquemier, Hatin, Morcau, Velpeau, etc.: ademas de que como he dicho, podrían no ser comprendidas, por suponer instruccion antecedente: tienen

el defecto de ser obras escasas ó costosas. Las segundas, que son las que he encontrado en manos de las parteras, son cartillas, que como la del Dr. Medina, la del Dr. Blaquiere, y otras; en lo que menos se fijan, es en el mecanismo del parto; que en mi concepto debe saber bien una partera. Por otra parte, no hablan de casos patológicos, en los que si bien la partera debe ser como un centinela avanzado, que avise al médico del peligro actual, para que lo remedie; en muchos, son tan ejecutivos, que debe obrar mientras se avisa al médico; en algunos cuando no hay médico, ni esperanza de que haya, no creo que se deba dejar perecer á una persona por falta de una operacion manual; pero en todos se infiere, que la partera debe conocerlos, para saber preveerlos, para saber remediarlos.

Todo esto que para mí es tan obvio, me indicaba la necesidad de una obra clara y lacónica que pudieran estudiar las parteras despues que oyeran esplicar las materias que contenia. En el año pasado, viéndome sin ella, espuse el cur-

so de Obstetricia en lecciones orales, y recomendé á las parteras estudiaran el punto que yo trataba en las diversas cartillas que poseian; pero para quien haya sido estudiante, le es fácil comprender lo difícil que es retener estas lecciones, cuando no están acordes con el autor que se estudia, por poco que se varia en el órden de presentarlas. Y como en las cartillas á que me refiero se omitian varias doctrinas que creo de necesidad deben saber las parteras: cuando yo las esponia, tenian que ir á leer autores extensos, las personas de aplicacion; pero las que no la tenian, se quedaban sin retenerlas. De todos modos me convenia que lo primero era muy difícil para personas sin antecedentes literarios, y lo segundo muy perjudicial.

Por estas razones me decidí á escribir este Manual, pero al hacerlo he tropezado con mil inconvenientes é incertidumbres, nacidas la mayor parte del grado de instruccion que deberia darse á estas personas; pero despues que lei la obra del partero aleman F. C. Naegelé; traducida al francés por Mr. Pigné; y

las obras de Baudelocque, la de Mad. Mercier, la de Mad. Boivin, y sobre todo las observaciones escogidas de Mad. Lachapelle: no me quedó duda que la instruccion que se debia dar á una partera, deberia ser sólida, y fundada en la Anatomía, y Fisiología de la funcion: que en la parte patológica, y terapéutica deberian esponerse las enfermedades mas comunes, y el modo de remediarlas, con objeto de que presentándose casos muy posibles, en que no hubiera médico, no se dejara perecer una persona, por falta de socorro. Aquí he recomendado muy especialmente á ejemplo de Naegelé, la necesidad que tiene la partera de aconsejarse de un médico, por sus mayores conocimientos, y porque deben quitarse responsabilidades internas y externas. Yo me he detenido en describir el parto manual, porque creo que del parto artificial, es la parte que puede tocar á las parteras. Queria presentar al fin de esta pequeña obra un corto formulario, de fórmulas sencillas y muy usadas, para que en las pocas circunstancias patológicas, en que

tienen que obrar de necesidad las parteras, usaran de fórmulas experimentadas; á diferencia de hoy que suelen usar remedios insignificantes unos, incompatibles otros, perjudiciales algunos; pero he tenido que cumplimentar las preven- ciones, que el Consejo Superior de Sa- lubridad hizo á las parteras el año pa- sado, y que se me comunicaron por la direccion del colegio de Medicina. En una de ellas se dice, que no se les permite que apliquen remedios de ninguna clase; sin embargo ellas los siguen apli- cando, porque muchas veces la imperio- sa necesidad las obliga á hacerlo, y otras por abuso; en ambos casos tales espli- caciones no siempre tienen por base la experiencia fundada en la observacion.

En cuanto al método que he seguido en este Manual, lo he dividido en dos partes: en la primera he hablado del parto natural, y de la funcion anterior, la gestacion: dando á conocer antes, los órganos que las desempeñan, y ter- minando con el mecanismo del parto. La segunda parte la compone todo lo extraordinario que presenta la mujer,

desde la preñez hasta los primeros días del puerperio; así es que trato de la preñez extra-uteaina, del aborto, causas de distocia, posiciones viciosas, accidentes graves del parto, etc., y concluyo con los deberes y obligaciones sociales, que la partera tiene muchas veces que cumplir.

En todo esto he seguido por lo común, las doctrinas de Cazeaux, no solo porque las considero muy fundadas, sino porque son las que se enseñan á los alumnos; y yo creo que debe haber conveniencia de ideas entre médicos y parteras, por ser muy útil á las pacientes. Con todo, alguna vez he adoptado otras doctrinas, cuando las he creído mejor fundadas; como por ejemplo en lo material de la asistencia, que comprende el modo de situar á la parturiente, y otras prácticas manuales; he tratado de rehabilitar la práctica mexicana, que consiste en parir sentadas en una silla apropiada, las personas que están de parto, no solo por creerla mas natural; sino algunas veces la exclusiva. En efecto, las personas asmáticas; nerviosas,

las que tienen diámetros estrechos, y otras que he señalado en este manual, es de necesidad que paran de este modo. Muchas veces en las primíparas la fuerza de los dolores las agobia, caen en el abatimiento, y los dolores se van alejando, y disminuyendo en su fuerza; entonces un cambio de posición ha bastado para determinar el parto, pues el peso de la criatura aumenta la introducción de la cabeza en el segmento inferior del útero, y la posición basta para reanimar las contracciones, y terminar como he dicho el parto.

Pero al tratar de volver esta práctica al uso comun, del que se habia desterrado, no se crea que trato de abandonar la práctica francesa, que hasta aquí se ha preferido; por el contrario, ella es muy cómoda para muchas, y algunas veces tambien es exclusiva, como sucederia en personas propensas á hemorragias, en las que tuvieran un prolapsus, en las que tuvieran los estrechos muy dilatados etc.; lo que he querido es que cada una tenga su aplicacion.

La práctica de fajar á las parturien-

tas el epigastrio, la recomiendo igualmente; no solo porque nunca he visto malos resultados de ella, sino porque puedo citar algunos de su falta de observacion: tambien porque es muy conforme á las buenas teorías. Repruebo por inútil y alguna vez perjudicial, la aplicacion de toallas al hypogastrio, pues cualquiera que haya visto su aplicacion, habrá notado que las crestas iliacas y las espinas anteriores del Yleon, son mas prominentes que el hypogastrio, de que resulta que no hay compresion alguna, y si la hubiera, se haria mas mal que bien á la paciente, pues se comprimiria un órgano muy susceptible á inflamarse. No sucede lo mismo con la compresion del epigastrio, pues los órganos allí contenidos, están sujetos mucho tiempo á una compresion graduada, particularmente la aorta. Luego que sale el feto, se precipita la circulacion, y es la causa de los síncope y de otros accidentes que se evitan con la práctica referida.

La prontitud con que ha sido formada esta pequeña obra por acercarse las

inscripciones de las parteras, es una de las causas, entre otras, porque creo saldrá llena de defectos; pero aguardo de la indulgencia de mis compañeros, que tuvieren la bondad de leerme, que me harán las advertencias correspondientes.



MANUAL DE PARTOS.

CAPITULO I.

INTRODUCCION AL ARTE DE LOS PARTOS.

El arte de los partos, es un estudio especial, que se hace de una de las funciones mas importantes de la economía. La generacion, esta funcion por la que se reproduce la especie humana, no solo interesa á los individuos, sino tambien á las familias, y á los gobiernos, que representan los intereses de las sociedades bien constituidas. Se ve por esto la importancia de esta funcion, así es que, los médicos hace mucho tiempo, le han dedicado una atencion especial, de donde ha resultado el arte de los partos, conocido en el lenguaje científico con el nombre de Obstetricia: se infiere de lo dicho que la Obstetricia, no es un estudio nuevo diverso de la medicina, sino

una separacion ó desmembramiento que se le hace á esta ciencia, para estudiar mejor una funcion que tanto importa á la especie humana. No puede, pues, haber de este arte una definicion, que en pocas palabras comprenda á todo, y á solo el definido; pues el arte de los partos incluye en sí el estudio de la estructura de las partes que concurren á esta funcion, ó (Anatomía;) el modo como se desempeña ó (Fisiología); las enfermedades peculiares á esta época, ó que toman un carácter particular en este estado; por último, comprende el estudio del feto, y sus anexos; con las enfermedades y socorros que necesita la primera edad. (Patología y Terapéutica). Creo por tanto, que el modo mejor de definir una ciencia que abraza todos estos ramos, es estudiar separadamente cada uno de ellos. Así se comprenderá mejor un todo tan complejo. Comencemos, pues, por la parte anatómica.

ARTICULO 1.^o—PARTE ANATÓMICA.

La denominacion, situacion, forma, estructura, y usos de las partes duras y blandas que concurren al parto, constituye su parte anatómica: de estas, las que prestan apoyo y son como la base de las demas, son las partes duras, por eso me propongo primero hablar de ellas.

DE LA BASE.

La base es un canal huesoso, situado en la parte inferior del tronco, sostenido por los femures, y sirviendo de base á la columna vertebral: su forma es ovoidea y encorbada adelante; su parte mas ancha está hácia lo alto, y la mas estrecha hácia abajo.

REGIONES.—Como cavidad ó canal, tiene dos superficies; la una interna, la otra externa; y dos bordes, uno superior, y otro inferior.

CARA ESTERIOR.—Muy corta adelante: irregular, y mas estensa sobre los lados,

áspera, convecsa, y muy estensa atras.
Se nota:

ADELANTE.—La traza longitudinal de la symphysis pubiana, una superficie, un poco cóncava, conduciendo á una ancha fosa nombrada sub-pubiana, abierta en su fondo por un agujero, nombrado sub-pubiano; el que ofrece en lo alto una polea, por donde pasan los vasos sub-pubianos.

LATERALMENTE.—Se ve la fosa iliaca esterna, cóncava en lo alto, y atrás; en donde ella ofrece dos líneas curvas, para la insercion de músculos, y un pequeño agujero que sirve para la nutricion del hueso.

2º LA CAVIDAD COTYLOIDE.—Esta cavidad semi-esférica, está revestida de un cartilago; escepto en su parte media, que se ata un ligamento. Presenta tres escotaduras en su borde; una anterior profunda, y dos posteriores mas ligeras: superior é inferior.

3º Las dos escotaduras sciáticas, superior ó grande escotadura; inferior ó pequeña. En el estado fresco están convertidas en agujeros por los ligamentos sacro-sciáticos.

ATRAS.—Se nota en medio; la línea de las apofises espinosas del sacro; y abajo: la abertura superior del canal raquidiano, 2º afuera; las gotieras vertebrales, en cuyo fondo se encuentran los cinco agujeros sacros posteriores 3º mas afuera; los restos de las falsas vertebrales del sacro.

CARA INTERIOR.—Separada en dos porciones por una línea ó pliegue que se conoce con el nombre de estrecho superior, ó abdominal. 1º Este estrecho está formado atrás, por la salida del sacro; sobre los lados, por la inflexion de los huesos coxales; adelante por el borde anterior del mismo hueso, tiene una figura ovalar, ó elipsoide; mas ancha á través que de adelante atrás; ligeramente escotada en el último sentido, por el cuerpo de la primera vértebra del sacro.

2º La parte superior ó gran base, es formada de dos superficies triangulares; cóncavas, nombradas fosas iliacas internas.

3º La parte inferior ó pequeña base, representa una cavidad cilindroide

encorvada hácia adelante. Su pared anterior es muy corta, y se nota la traza de la symphysis pubiana, la fosa subpubia interna, y el agujero subpubio, con la estremidad esterna y posterior de su polea. La pared lateral mas larga, es plana; é inclinada en lo alto y adentro, hasta la espina sciática; abajo de esta espina ella se dirige hácia afuera y hace parte del plano inclinado anterior. Además esta pared lateral ofrece la traza de cada symphysis sacro-iliaca; y la abertura interna de las dos escotaduras sciáticas; así como la cara interna de los dos ligamentos que las forman. La pared posterior es muy estensa, y cóncava; se advierten las trazas de las soldaduras de las falsas vértebras del sacro, y la articulacion de este hueso con el coccyx, bajo la forma de líneas salientes transversas; situadas entre los agujeros sacros anteriores. Estos, en número de cinco de cada lado, son muy abiertos hácia afuera.

BORDE SUPERIOR.—Es escotado, y está reemplazado por una gran escotadura; atrás se encuentra la careta ovalar del sa-

cro, sus apofisis articulares, y la abertura triangular de este canal. Sobre los lados, este borde está formado en su mayor parte, del borde superior del hueso y león contorneado en forma de S, terminado atrás por la espina iliaca posterior superior, adelante por la espina iliaca anterior superior. Abajo de esta hay una escotadura; despues otra espina denominada anterior inferior que una segunda escotadura separa de la eminencia ileo-pectinéa. Esta eminencia hace parte de la gran escotadura mencionada arriba; el resto pertenece al estrecho abdominal ya descrito: se ve hácia adentro la espina pubiana, á una pulgada de la línea media, y en esta línea la traza de la symphysis del pubis.

BORDE INFERIOR.—Su circunferencia ovalar de adelante atras, lleva el nombre de estrecho inferior ó perineal de la base, y tiene tres eminencias, y tres escotaduras. El coccyx y las tuberosidades sciáticas forman las tres salidas: los bordes de los ligamentos sacro sciáticos, y la arcade de los pubis forman las tres escotaduras. En una base provista de

sus ligamentos la areade pubiana es la mas profunda, y la mas ancha de las tres: ella debe su mayor latitud á la separacion de los isquios hácia afuera.

ARTICULO 2.^o—DIMENSIONES DE
LA BASE.

Las dimensiones de la base tomadas al exterior de la region pubiana, á la primera espina del sacro, con el tegido celular y la piel, son siete pulgadas.

De la parte media de una cresta ilíaca á la otra casi diez pulgadas.

Estas dimensiones sirven para determinar dos de los diámetros del estrecho superior. Esto se debe entender aproximadamente, pues muchas veces los huesos están mas ó menos gruesos, lo mismo que las partes blandas, así es que si se quiere por ejemplo saber las dimensiones del diámetro sacro-púbico, se conocerá quitando tres pulgadas al espesor de las paredes que lo cubren, y siendo este como ya dije, de siete pulgadas

queda reducido á cuatro. El diámetro transverso es mitad menor que el diámetro de la gran base. En fin, la altura de la pared lateral de la base, es en general doble á la de la excavacion.

Las dimensiones del interior son varios diámetros ó líneas longitudinales, tomadas así en el estrecho superior, como en el inferior. Es necesario conocerlas muy bien, pues que estando en buena proporcion, con los diámetros de la cabeza del feto, el parto por lo general es posible, á diferencia de cuando estas líneas son inferiores á la de los diámetros del feto, que el parto no puede hacerse por solo las fuerzas de la naturaleza. Hay á veces imposibilidad física tan marcada, que no le queda al partero otro arbitrio, que ó dilatar la cavidad con grave peligro de muerte por parte de la madre, ó darle otra salida al feto con mucho mayor riesgo de la madre, ó perder al feto reduciéndole los diámetros de su cabeza.

Los diámetros del estrecho superior son tres: un diámetro ántero posterior ó sacro-pubio, tomado de la parte su-

perior y media del sacro, á la parte superior del symphysis de los pubis; tiene cuatro pulgadas: otro diámetro transverso ó bis-iliaco, que se toma de un hueso iliaco al otro por la parte mas ancha y que corta al otro en ángulo recto. Este tiene cinco pulgadas. Hay otros dos diámetros oblicuos ó ilio-cotyloidianos tomados, segun unos, de la eminencia ilio-pectinea de un lado, á la symphysis sacro-iliaca del opuesto; y segun otros, de la parte posterior de la cavidad cotyloide de un lado, á la symphysis sacro-iliaca del lado opuesto: estos tienen cuatro pulgadas y media.

El estrecho inferior ó perineal tiene, lo mismo que el anterior, tres diámetros: uno ántero posterior ó coxi-pubio, que se toma de la parte inferior del coccyx, á la parte inferior de la symphysis pubiana: tiene cuatro pulgadas; pero en el momento del parto, puede adquirir otra pulgada mas por la retraccion del coccyx. Otro transverso ó bis-isquiatico, que no admite retraccion alguna; y por lo mismo consta siempre de cuatro pulgadas. Algunos admiten dos diáme-

tros oblicuos tomados del punto de reunion del brazo ascendente del ischion con el descendente del pubis, al medio del gran ligamento sacro-sciático. Constante de cuatro pulgadas, pero la retraccion de los ligamentos le pueden dar otra pulgada mas.

DIVISION DE LA PELVIS.—Los huesos que forman la base, son el sacro, los dos huesos coxales y el coccyx.

El sacro es un hueso impar, de forma piramidal, triangular, aplastado de adelante atrás, y que ocupa la parte posterior de la pelvis. Su base que mira hacia arriba, se articula con la última vértebra de los lomos, de cuya reunion resulta por delante, una salida notable, que se llama salida ó ángulo sacro-vertebral; su vértice, que mira abajo, se articula con el coccyx.

Su cara anterior es cóncava, y presenta dos hileras de agujeros, que están destinados á dejar pasar los ramos anteriores de los nervios sacros; y en el estado fresco corresponde á esta cara el intestino recto.

La cara posterior es convexa, y está

erizada de muchos tubérculos, destinados á la insercion de las partes tendinosas, aponcuroticas, y ligamentosas. Tambien se ven dos hileras de agujeros, para que salgan los ramos posteriores de los nervios sacros.

Los dos lados del hueso sacro, presentan superiormente, un molde articular perfectamente parecido al de la region iliaca, del hueso coxal correspondiente: y por abajo sirven á la insercion de los grandes y pequeños ligamentos sacro-sciáticos.

El coccyx es un hueso impar, que está situado en la parte posterior de la pelvis, y debajo del sacro, del cual es un apéndice. Su cara anterior, es cóncava: corresponde á lo interior de la pelvis, y en ella reposa el final del intestino recto: su cara posterior es convexa, y se halla casi desnuda debajo de la piel, sin presentarse nada de notable; su base mira hácia arriba, y se articula con el sacro; y su vértice que es libre, se pierde en las partes blandas que le rodean. El coccyx se compone de tres piezas distintas, que tienen entre sí una gran

movilidad á causa de la disposicion particular de su articulacion.

Los huesos coxales ó de las caderas, son pares, é irregulares, y están situados en las partes laterales y anteriores de la pelvis. Su cara externa ó femoral, presenta arriba una superficie ancha, que se llama region de las caderas ó region iliaca; mas abajo se halla una cavidad, destinada á recibir la cabeza del femur, y mas abajo todavía, se encuentra el agujero obturador ó sub-pubio, En todo lo demas de su estension, no presenta esta cara externa, ninguna cosa digna de notarse.

Su cara interna ó abdominal, presenta por arriba una superficie ancha y cóncava, llamada fosa iliaca interna; mas abajo hay una línea saliente, que va oblicuamente de atrás adelante; mas abajo se encuentra la abertura del agujero obturador ó sub-pubio, y detras de este agujero hay una superficie ancha, que forma un plano inclinado, por el cual se desliza la cabeza del feto en el momento del parto.

La circunferencia empieza arriba y

adelante por la espina anterior y superior de los huesos ileos; y dirigiéndose hácia atrás, se encuentra la cúspide del mismo hueso; mas atrás la espina superior posterior del hueso ileo; debajo de esta espina, se encuentra la posterior inferior; debajo la gran escotadura sciática; luego la espina sciática; luego la escotadura pequeña del mismo nombre; y enteramente abajo, la tuberosidad del ischion: subiendo hácia adelante, se encuentran los ramos ascendente del isquion y descendente del pubis; mas arriba la symphysis del pubis, que tiene diez y ocho ó veinte líneas de alta, y seis á ocho de ancha. Por delante y hácia afuera, se ve la espina del pubis; luego el ramo horizontal de este hueso; mas afuera la eminencia ileo-pectinea; afuera y atras una muesca para el paso de un tendon; por último, en la cara anterior, la espina anterior é inferior que queda debajo de una escotadura, que la separa de la superior.

DIRECCION Y EJES DE LA PELVIS.—Si se examina en una mujer que esté de pié, cuál es la situacion de la pelvis, y

si se supone desprovista de todas las partes blandas que la rodean, se echa de ver fácilmente, que el plano de la symphysis de los huesos pubis, está mucho mas bajo, que el de la salida sacrovertebral. Esta inclinacion da una idea de lo que ordinariamente se llama direccion de la pelvis; cuya inclinacion es: segun unos, de treinta y cinco á cuarenta y cinco grados; segun otros, de cincuenta y cinco á sesenta. Sentado esto, una línea tirada con corta diferencia desde la mitad de la escavacion del sacro, que pase por el centro del estrecho abdominal, y que vaya directamente al ombligo de una mujer preñada, constituye precisamente el eje del estrecho. Por otra parte, una línea tirada desde el tercio superior del sacro pasando por el centro de la vulva dilatada, forma el eje del estrecho inferior ó perineal.

De todo lo dicho se infiere que la cabeza del feto en su progresion adelante, no sigue una línea recta, sino constantemente un movimiento parabólico, aun al través de las partes externas de la generacion.

Este movimiento es diverso en la mayor parte de los animales mamíferos, pues sus dos estrechos tienen un mismo eje, y además, están paralelos al eje del cuerpo.

ARTICULO 3º.—ARTICULACIONES DE LA PELVIS.

Las articulaciones de la pelvis corresponden á la amphiartrosis; articulacion poco móvil, de superficie articular casi plana, y contigua por un tegido fibroso. Estas articulaciones se conocen mas generalmente con el nombre de symphysis, y se articulan de este modo los huesos pubis entre sí; el sacro con los huesos de las caderas; el coccyx con el sacro; y la última vertebra lumbar tambien con el sacro.

SYMPHYSIS DE LOS HUESOS PUBIS.—
En el estado fresco debemos estudiar las diferentes symphysis de la pelvis, para tomar un conocimiento exacto de ellas. Si examinamos la de los huesos pubis

en este estado, veremos que está formada de una sustancia fibro-cartilaginosa, de figura prismática ó triangular, perfectamente engastada en el intervalo de las superficies articulares de los huesos pubis, con los cuales está relacionada. Esta sustancia de un color blanco, de un tejido elástico, y mas espesa por delante que por detras, está afirmada en su situacion, por unas partes ligamentosas, y aponeuróticas muy multiplicadas; y ademas en su parte inferior, por un ligamento especial en forma de media luna, que se llama ligamento sub-pubio ó triangular; y sobre su borde cortante, pero flexible, ejecuta algunas veces la cabeza del feto en el primer parto, movimientos repetidos de báscula, antes de atravesar las partes externas de la generacion.

El centro del fibro-cartilago inter-pubio, no tiene manifiestamente un tejido tan denso y tan flexible, y á esta disposicion se debe la posibilidad de un movimiento limitado, pero real; que se nota con especialidad en las mujeres que mueren en los últimos tiempos de

su preñez, y que en aquellas. cuyo parto ha sido lento y penoso, causa un sentimiento de incomodidad y de fatiga, del cual se quejan mucho tiempo despues del parto.

SYMPHYSIS SACRO-ILIACAS.—No siendo el mismo el mecanismo de la symphysis sacro-iliacas, que el de la symphysis de los huesos pubis, es natural que haya una diferencia entre su modo de articulacion, la del sacro con los huesos coxales, resulta de la disposicion áspera, desigual, y como erizada de las superficies articulares que ya hemos dado á conocer mas arriba. En cada una de estas superficies, se halla fuertemente ingerta una lámina cartiliginosa, delgada y tupida, la cual establece la reunion íntima de los huesos por unos puntos multiplicados de contacto, pero que no seria suficiente para su conexion, si no fuera por unos ligamentos fuertes y numerosos que los rodean por todos lados, especialmente por la parte posterior.

SYMPHYSIS SACRO-COCCIGIA.—Esta es un fibro cartilago, de una testura blan-

da y esponjosa, con algunas fibras ligamentosas situadas longitudinalmente, y son unos medios simples y cortos para unir el sacro al coccyx, así como las piezas de este se unen entre sí. De disposición tan favorable resulta la extrema movilidad del coccyx, y la facilidad con que se hecha hácia atrás, al tiempo de pasar la cabeza del feto al través del estrecho perineal.

SYMPHYSIS SACRO-VERTEBRAL.—Esta articulación no se diferencía de la de las otras vértebras entre sí. El único interés que inspira relativamente á los partos, resulta de las relaciones de la última vértebra de los lomos con el sacro, y del ángulo mas ó menos saliente que forman estos dos huesos por delante.

Independientemente de estos diversos medios de unión, cuyo objeto es asegurar los huesos de la pelvis entre sí, hay tambien otros, que aunque no están destinados á lo mismo, sirven sin embargo para circunscribir la cavidad de la pelvis en su parte inferior, y tienen la solidez de los huesos, aunque no presentan ni su volúmen ni su dureza.

Estos medios, son cuatro ligamentos, dos de cada lado, que se llaman ligamentos sacro-iliacos.

ARTICULO 4.^o—DEFORMIDADES Ó VICIOS DE CONFORMACION DE LA PELVIS.

Por deformidad, ó vicios de conformacion de la pelvis, se entiende toda especie de alteracion, que sobreviene á su conformacion natural y regular, cuyas consecuencias pueden influir de un modo mas ó menos notable en la feliz terminacion del parto.

Muchos autores aplican indistintamente á estas pelvis el nombre de viciadas ó disformes, y sin embargo, hay una gran diferencia entre unas y otras, porque hay pelvis que puede estar viciada sin ser disforme; y las hay que pueden presentar una deformidad muy aparente sin estar viciadas; esta distincion es muy importante. Efectivamente, una pelvis viciada perjudica siempre más ó menos á la terminacion del par-

to aunque sea natural, ya precipitando su marcha cuando peca por exceso de magnitud, ya retardándola indefinidamente cuando su estrechez es grande. Los vicios de la pelvis consisten en sus dimensiones y sus deformidades en su conformacion. Una pelvis disforme no perjudica siempre á la terminacion del parto; pero una pelvis viciada sea ó no disforme, opone siempre unos obstáculos mas ó menos considerables á la terminacion del parto.

Una pelvis viciada puede pecar por exceso ó falta de magnitud. En el primer caso, la terminacion muy pronta del parto puede hacer correr al infante los mayores peligros, por la especie de asfixia que acompaña casi siempre su salida precipitada; y aun la madre misma no está siempre escenta de accidentes, bien sea durante la preñez, bien sea despues del parto, pues el prolapso, el descenso y la precipitacion de este órgano, son las consecuencias mas ordinarias de la demasiada amplitud de la pelvis.

Por muy temible que sea para la ma-

dre y para el infante el exceso de magnitud de la pelvis, una y otra tienen más que temer de su estrechez, cuando esta llega al extremo de no poder permitir que se haga el parto solo con las fuerzas de la naturaleza,

La estrechez de la pelvis va casi siempre acompañada de la deformidad de dicha cavidad, y á esta circunstancia se deben atribuir las grandes dificultades de ciertos partos artificiales. La estrechez de la pelvis sin deformidad puede ser apreciada generalmente, y aun calculada de antemano por la aplicación de algunos medios mecánicos, de los cuales hablaremos mas adelante, no sucede lo mismo con sus deformidades, cuya naturaleza no puede siempre determinarse mientras que la mujer viva.

La columna vertebral puede estar en una direccion perfectamente natural en una mujer cuya pelvis esté sumamente viciada; por otra parte, esta columna huesosa puede estar mas ó menos desviada, y presentar gibosidades muy aparentes en unas mujeres que tengan la pelvis muy bien conformada, lo cual de-

be hacer á la partera muy circunspecta en su diagnóstico, por que no hay nada mas fácil que engañarse en la eleccion de los medios indicados para la terminacion del parto.

Cualquiera que sea el grado de alteracion que haya experimentado la pelvis en su conformacion, no tiene la misma estrechez en todas las personas, porque puede no haber quitado mas que unas líneas á los diámetros de una pelvis por lo demás bien conformada, y terminarse el parto sin obstáculo. Por el contrario en otras circunstancias, la estrechez puede llegar á un punto que el parto sea físicamente imposible por la via natural.

La estrechez de la pelvis afecta unas veces el estrecho superior ó abdominal; y otras el estrecho inferior ó perineal. En el primer caso, la estrechez se verifica siempre en la direccion antero-posterior ó sacro-pubia; y en el segundo, en la direccion lateral ó isquiática, de modo que cuando no hay una deformidad muy notable, el engrandecimiento de uno de los estrechos, está siempre

en razon inversa de la estrechez del otro.

Las causas mas ordinarias de los vicios ó deformidades de la pelvis, no obran generalmente con cierta intensidad sino en la primera edad de la vida. La escrófula se puede considerar como la causa mas comun y mas general. Los sufrimientos de la primera denticion en las niñas de la clase acomodada de las grandes ciudades; la ignorancia de las leyes de la higiene en la clase trabajadora é indigente, son causas que obrando desde la edad primera, determinan con frecuencia estas deformidades; hé aquí la razon por qué por lo general son menos difíciles los partos en las mujeres del campo que en las de las ciudades, que reclaman con tanta frecuencia los medios violentos del arte.

La escala de proporciones que sigue, puede servir á las parteras, bien sea en el estudio, bien sea en la aplicacion práctica, pues sabrán con probabilidades muy fuertes, cuando deben aguardar el parto natural, y cuando deben avisar al médico para que lo termine artificialmente.

A las cuatro pulgadas, cuatro menos cuarto y tres pulgadas y media, el parto no necesita ningunos recursos del arte; y la naturaleza sola basta para terminarle.

Por debajo de tres pulgadas y media, de tres pulgadas, de tres pulgadas menos cuarto, y aun una ó dos líneas menos, el parto requiere para terminarlo, la aplicacion del forceps.

A dos pulgadas y media, dos pulgadas un cuarto, dos pulgadas, y dos pulgadas menos un cuarto, se necesita hacer la operacion de la symphysis.

Si la pelvis tiene menos de dos pulgadas un cuarto en el diámetro antero-posterior, el parto no puede efectuarse por la vía natural, y el único recurso que queda, es hacer la operacion cesárea.

Se infiere de esto, que un instrumento que midiera exactamente las proporciones de la pelvis, daria desde luego á conocer los vicios de conformación en una mujer viva. Los cirujanos han imaginado muchos para tener este conocimiento, pues no solo son consultados

para las mujeres embarazadas, sino tambien por los padres cuando van á contraer matrimonio sus hijas. Pero los hombres del arte solo han aprobado el compás de espesor y el pelvimetro; el uno mide la pelvis esteriormente fijándolo en ciertos puntos de ella, y deduciendo el espesor de las carnes. El otro se introduce al interior para medir los diversos diámetros. Aunque como he dicho, se han inventado muchos, hoy generalmente se usa el dedo índice de la mano derecha aplicado al promontorio y dirigido en la direccion del diámetro sacro-pubio á la symphysis pubiana. Como para los casos en que se usan estos instrumentos no son consultadas las parteras, basta saber á estas que los hay; por lo demas me abstengo de continuar tratando con mas estension esta materia.

CAPITULO II

DE LAS PARTES SEXNALES DE LA MUJER.

El estudio de los órganos de la mujer

debe considerarse bajo dos puntos de vista diferentes: 1º. en el estado de reposo ó vacuidad, y 2º. en el estado de accion ó plenitud. Como la naturaleza de las mudanzas que se verifican en las partes sexnales de la mujer, bien así como en el órden en que se desarrollan estas mudanzas, no se pueden apreciar sin el conocimiento exacto de estas mismas partes en el estado de reposo ó vacuidad, debemos esponer con cierto cuidado la descripcion de estas mismas partes, y por lo tanto vamos á ocuparnos de ellas.

Los órganos genitales de la mujer se han dividido en externos é internos.

ARTICULO 1º.—DE LOS ÓRGANOS EXTERNOS
DE LA GENERACION.

Para estudiar las partes externas de la generacion, no se necesita ninguna preparacion particular. Basta echar una mirada sobre los grandes labios un poco abiertos, para conocer inmediata-

mente el conjunto de los objetos que vamos á describir.

Cuando las partes externas se hallan en el estado natural, y perfectamente reunidas, no se perciben mas que los grandes labios y la hendedura que los separa; pero si se apartan ligeramente, entonces se ve lo que se llama vulva ó pudendum.

La vulva se compone del monte de venus, de los grandes labios, del clítoris, el vestíbulo, los pequeños labios, el meato urinario, y el canal de la uretra; el himen, la horquilla, el frenillo, las carúnculas mirtiformes, el perineo, y la entrada de la vagina.

MONTE DE VENUS.—Eminencia redonda, mas ó menos saliente, situada por delante del hueso pubis, cubierta de pelos en la edad de la pubertad, y cuya cantidad, longitud y color, varían según la edad de la mujer, aunque el color por lo general, es muy parecido al de los cabellos. El monte de venus está formado de una gran cantidad de tejido celular graso, sobre el cual está aplicada inmediatamente la piel; también en-

tran en su composicion arterias y venas, vasos linfáticos y nervios.

GRANDES LABIOS.—Son dos, y forman los lados de la hendedura que circunscriben; estiéndense desde el monte de venus hasta el perineo. La reunion de sus estremidades forma lo que se llama las comisuras de los grandes labios; mas espesas en la parte superior que en la inferior, generalmente son muy voluminosos en las mujeres que están muy gruesas, y se distingue en ellas una faz ó cara externa, morena, formada de una prolongacion de la piel de la parte interna y superior del muslo, en la cual se encuentra una gran cantidad de folículos sebaceos. La cara interior está como roja, lisa y suave, cubierta con la membrana mucosa, y está en relacion con la cara interna de la del lado opuesto, y mas profundamente con los pequeños labios. Los grandes labios están compuestos de una gran cantidad de tegido eclular parecido al del monte de venus, ademas se encuentran en él algunas banditas eclulo-fibrosas, y algunas fibras aisladas del músculo constrictor de la

vagina, como tambien muchos vasos de toda especie.

CLÍTORIS.—Cuerpo tuberculoso, alargado, mas ó menos voluminoso, situado en la parte media y superior de la vulva por encima del vestíbulo, y entre los pequeños labios, estando por lo general escondido entre los grandes. Este cuerpo es algunas veces tan voluminoso en ciertas mujeres, que presenta una especie de semejanza con el miembro viril del hombre, lo cual ha inducido á algunas personas en error, haciéndolas creer la posibilidad de los dos sexos en un mismo individuo. El clítoris se compone de una especie de balano ó cabeza redonda imperforada, rodeada de un dobléz membranoso especie de caperuza formada por la membrana mucosa, análogo al prepucio, y que se continúa lateralmente con las ninfas; de un cuerpo cavernoso afianzado por dos raices como el del hombre, á los ramos descendientes del pubis, y sostenido en la symphysis por una especie de ligamento suspensorio, aplastado de derecha á izquierda; la estructura del clítoris es la

misma que la del pene ó miembro viril, con la diferencia que el tejido esponjoso del primero, es menos abundante y mas apretado que el del segundo.

PEQUEÑOS LABIOS Ó NINFAS,—Así se llaman dos doblezes membranosos, erectiles, aplastados transversalmente, de un color rojo vermellon, mas espesos en el centro que en los extremos y que nacen del prepucio del clítoris. Reunidos fuertemente en este sitio los pequeños labios, se van apartando mas y mas uno del otro, van á perderse en la superficie interna de los grandes labios, y se terminan en ellos adelgazándose hácia la mitad del rededor del orificio de la vagina. Las ninfas que están muy desarrolladas en las niñas recién nacidas, son por lo regular de una magnitud mediana en las mujeres adultas. Por lo demas, su volúmen y su longitud varian mucho en proporcion de la edad, las regiones, y las enfermedades que pueden interesarlas. En ciertos casos es necesario cortarlas; y esta operacion que se ha practicado muchísimas veces, no trae consigo fatales consecuencias.

Cada uno de los pequeños labios se compone de una porcion de la membrana mucosa de la vulva, doblada sobre ella misma, de modo que da origen á dos hojitas, entre las cuales se halla una ligera capa de tegido erectil, tambien entra en su composicion una gran cantidad de vasos de toda especie que se ramifican á lo infinito en su sustancia.

VESTÍBULO. Por vestíbulo se entiende un espacio triangular, ligeramente hundido, situado debajo del clítoris por encima del meato urinario y entre las ninfas. En algunas mujeres que no cuidan mucho de la limpieza, se encuentran en este sitio una cantidad bastante grande de materia sebácea, que puede inducir á error y hacer sospechar la existencia de una enfermedad sifilítica.

MEATO URINARIO Y URETRA.—Se dá el nombre de meato urinario, á una abertura que se halla por debajo del vestíbulo, cuyo rededor está circuido con un verdugon que forma la membrana mucosa de la vulva, y que siempre está mas saliente por abajo que por arriba: la uretra misma no es otra cosa que el canal

que va del meato urinario hasta la vegiga; su anchura es bastante notable, y su longitud solamente una pulgada. Su situacion es un poco oblicuamente hácia arriba, por debajo de la symphysis de los huesos pubis, por encima de la vagina, con la cual está íntimamente unida, y continúa hácia adelante y abajo con el meato urinario, y hácia atrás y arriba con el cuello de la vegiga. De esta manera describe una ligera curvatura el canal de que se trata, cuya concavidad mira hácia arriba por el lado de los pubis, y la convexidad hácia abajo por el lado de la vagina. Lo interior de la uretra está cubierto con la membrana mucosa de un color rojizo; esta membrana forma un gran número de doblezes longitudinales muy salientes, y en ellas se observa, particularmente abajo, una gran cantidad de lagunas mucosas. Su exterior presenta una ligera cafia de tejido esponjoso; pero no tiene ningun cuerpo parecido á la próstata del hombre.

HYMEN.—Algunos anatómicos le llaman válvula virginal, ó vaginal. Es un

dobléz membranoso mas ó menos estendido, de una forma variable, formado por la membrana mucosa de la vulva, en el momento en que penetra en la vagina. Está situado en la parte posterior y lateral del orificio externo del canal vulvo-uterino; de modo que lo cierra mas ó menos completamente. El himen es muy delgado en general; sin embargo, algunas veces es muy áspero, y por lo que hace á su forma, las mas veces es semi-lunar, y otras oval de derecha á izquierda, ó casi circular con una abertura en medio; en algunos casos muy raros, tiene esta última forma; pero sin presentar abertura, por lo que se dice que está imperforado. En esta última circunstancia puede servir de estorbo al flujo de los menstros. Algunos parteros dicen que han encontrado el hymen tan resistente, que se oponia á la terminacion del parto; y dicen que para facilitarlo, se han visto precisados á cortar el hymen. En todos casos, la falta de esta parte, supone una accion mecánica cualquiera que ha destruido su integridad. Las nodrizas al frotar

con demasiada fuerza las partes sexuales de las niñas con lienzos groseros, y algunas ulceraciones que sobrevienen á estas partes, pueden destruir este signo de la virginidad, y ser causa de que se sospeche de la pureza en las costumbres; acusacion muchas veces sin fundamento por las razones dichas.

CARUNCULAS MIRTIFORMES.—Se da este nombre á unos tubérculos pequeños, aplastados ó redondos, mas ó menos voluminosos, formados segun la opinion general, con los destrozos del hymen; aunque el profesor Beclard los atribuye á la membrana mucosa inflada en este sitio: de cuya opinion resultaria que las carúnculas mirtiformes, deberian siempre existir antes de la ruptura del hymen, y segun los mas autores, no se observan sino en las mujeres que han sido desfloradas. Como quiera que sea, su número varia desde dos hasta cinco ó seis; su color y consistencia varian tambien segun los sugetos, pues son de un rojo vermellon, lívidas ó pálidas; firmes ó blandujas.

FOSA NAVICULAR.—Es una pequeña

escavacion situada en la parte posterior del orificio externo de la vagina, entre las carúnculas y la comisura posterior de los grandes labios, que se llama horquilla ó frenillo. Es muy difícil que en un primer parto, pueda resistir á los esfuerzos que hace la cabeza del infante para salir por las partes exteriores; pero su rasgadura no trae ningunas consecuencias funestas. No sucede lo mismo cuando esta rasgadura se estiende hasta el periméo; pero de esto hablaremos en otra parte.

PERINEO.—Así se llama el espacio comprendido entre la comisura posterior y el ano. Se divide en toda su longitud en dos partes iguales separadas por una especie de costura llamada ráfe. Como es mas corto y mas angosto en la mujer que en el hombre, está por esta misma razon, mucho mas espuesto á desgarrarse con los esfuerzos de un primer parto, especialmente si la persona encargada de vigilar la marcha de la cabeza, no pone la mayor atencion en sostenerla, imprimiéndole con la mano puesta en un plano inclinado, un mo-

vimiento de asencion que la obligue á dirigirse, hácia el centro de la vulva dilatada para salir libremente por ella.

ARTICULO 2.^o—DE LAS PARTES INTERNAS
DE LA GENERACION.

Las partes internas de la generacion son, la vagina, la matriz y sus dependencias. El estudio de estos diferentes órganos, pide necesariamente unas preparaciones que no exigen las partes externas de la generacion.

VAGINA.—Este es un canal cilindroide membranoso, situado en la pequeña pelvis, un poco oblicuamente de abajo arriba, y de adelante atrás desde la parte posterior de la vulva de donde parte, hasta el cuello del útero donde termina. Este canal está ligeramente encorbado sobre sí mismo, de modo que presenta una ligera concavidad hácia delante por el lado de la vejiga y una convexidad hácia atrás por el lado del intestino recto: ademas se nota que su pared anterior es mas corta

que la posterior. La vagina es mas estrecha en su parte media que en sus dos estremidades, y su longitud en su estado de reposo es de cinco á seis pulgadas.

En la vagina se distinguen una superficie esterna, otra interna y dos estremidades, de las cuales una es superior y otra inferior.

La superficie esterna adelante y atrás, está cubierta por el peritoneo en un cortísimo trecho; adelante y abajo, está unida con la vejiga; inferiormente con el canal de la uretra por medio del tegido celular, que está tanto mas apretado, quanto mas abajo se examina; atrás y abajo se halla en relacion con el intestino recto, con el cual se une por medio de tegido celular igual al anterior; á los lados la superficie esterna corresponde por arriba á los ligamentos anchos de la matriz, y á los uréteres; por abajo á una gran cantidad de tegido celular que la separa de los músculos relevadores del ano, en cuyo tegido rastrean los vasos uterinos; los vesicales y la arteria umbilical; pero, especialmente los vasos y nervios del órgano que describimos.

La superficie interna está contigua á ella misma; sus paredes estan cubiertas con una capa de moco mas ó menos espesa; por lo demas, su dilatacion está en razon de la dilatacion del coito y del número de partos. En ella se distinguen las líneas longitudinales, de las cuales una es anterior y otra posterior; y son mas aparentes por el lado de la vulva que por el del útero; la primera que siempre es mas saliente que la segunda, forma por debajo del orificio de la uretra un tubérculo voluminoso; tambien se echa de ver allí un gran número de arrugas transversales que se borran por los lados, y que son mucho mas salientes y mas multiplicados en las inmediaciones de la vulva que en las de la matriz, en donde parece que toman toda especie de direcciones; estas arrugas transversales se hallan cortadas en ángulo recto por unas crestas longitudinales. Como quiera que sea, todas están formadas por la membrana mucosa que reviste la vagina.

La estremidad superior de la vagina presenta una escotadura bastante pro-

nunciada en forma de media luna: está pegada al rededor de la parte superior del cuello del útero, un poco mas arriba hácia atrás que hácia adelante, de modo que esta union particular de la vagina con el cuello del útero da origen á un suleo muy profundo hácia atrás. En este sitio está muy adelgazada la pared de la vagina, lo que debe tener presente el partero en la aplicacion del foraps.

La estremidad inferior se continúa con la vulva, y forma en la parte posterior de ésta una inclinacion alargada de alto abajo y de delante atrás.

La vagina se compone de una membrana mucosa en el interior, que manifestamente es la continuacion de la que recubre la vulva, y se continúa con la del útero; es roja y vermeja abajo, arriba se vuelve blanquecina ó parduzca, y presenta con bastante frecuencia por detrás, unas manchas azuladas ó lívidas, mas ó menos irregulares. *Ademas se observan muchísimos poros que no son otra cosa, sino los orificios de sus lagunas. El espesor de esta membrana disminuye sucesivamente, yendo desde la vulva hasta

el cuello del útero: finalmente, está cubierta en toda su estencion de una epidermis muy pronunciada, de un tegido esponjoso erectil, que forma en lo exterior muy cerca de su estremidad inferior una capa de una pulgada de ancha y de dos á tres líneas de espesa; su textura es densa y apretada, y su color parduzco y azulado; este tegido se adelgaza mucho hácia arriba, pero sin embargo sube hasta el útero, y parece que se continúa con el propio de la matriz: este tegido es el que comunmente se designa con el nombre de plexo retiforme. En fin, algunas fibras musculares forman un pequeño manojito circular, situado en lo exterior del tegido esponjoso de que acabamos de hablar: este es el músculo constrictor de la vagina, que recibe además vasos y nervios, los primeros vienen de los vasos hypogástricos, y los segundos de los plexos esciáticos.

UTERO.—El útero y sus anexos completan la historia de las partes genitales de la mujer. Los anexos son, el ligamento ancho que contiene la trompa uterina ó de Falopio en la aleta anterior; y en

la aleta posterior, el ovario y su ligamento; 2º. el ligamento redondo.

El útero es una víscera hueca situada en la cavidad de la pelvis, entre la vejiga de la orina y el intestino recto; por encima de la vagina y por debajo de las circunvalaciones del intestino delgado. Su figura es conoide, una especie de pera aplánada en sus dos caras opuestas, mas saliente por detrás que por delante, redonda en su base, y truncada en su vértice. Su longitud total es de tres pulgadas, su latitud de dos en su parte superior, y de una solamente en su parte inferior; su espesor es de una pulgada poco mas ó menos.

En el útero se distingue un fondo, un cuerpo, un cuello y una cavidad; el fondo es aquella parte del útero que está mas arriba de la insercion de las trompas y no tiene mas que algunas líneas de alto; su forma es redonda, y se halla entapizado esteriormente por una prolongacion del peritoneo.

El cuerpo es la parte mas considerable del útero, y comprende toda la parte de este órgano, que se estiende desde

su fondo hasta el cuello; su forma es la de un triángulo, cuyos dos ángulos superiores corresponden á la insercion de las trompas, que en este paraje comunican con la cavidad del útero. El ángulo inferior se confunde con el cuello: las caras anterior y posterior del cuerpo del útero, están esteriormente cubiertas en gran parte por una prolongacion del peritoneo; interiormente forman estas dos caras las paredes de su cavidad.

El cuello del útero es la porcion prolongada, que se ve por debajo del cuerpo, y entra en lo interior de la vagina; cuya parte superior ocupa, su longitud es de diez á doce líneas, su espesor de adelante atrás de seis á ocho, y su anchura de ocho á diez: es cilindrico, comprimido de adelante atrás y un poco inflado en su parte media; y comunica en el interior del útero por una abertura llamada orificio superior interno ó uterino. La estremidad que corresponde á la vagina, forma una parte saliente, agujereada en su centro, por una abertura que se conoce con el nom-

bre de orificio externo, vaginal ó inferior. Esta abertura prolongada transversalmente en las mujeres que no han tenido hijos, está esactamente cerrada; se redondea y se ladea mas y mas en las que ya han parido; está limitada por dos lábios redondos, que se distinguen en anterior y posterior: el primero es mas grueso que el otro, y los autores le dan el nombre de hocico de tenca; hay una cavidad mas estrecha en sus extremos y un poco mas ancha en su centro que recorre el cuello del útero en toda su estencion.

La cavidad del útero que es aplanada y triangular, tiene poca estension y apenas podria contener una haba pequeña; los dos ángulos superiores presentan los orificios estrechísimos de las trompas uterinas: el ángulo inferior comunica con la cavidad del cuello. Esta abertura se halla algunas veces dividida por un tabique completo, lo cual esplica la posibilidad de las superfetaciones cuyos ejemplos son bastante numerosos. El útero se compone esteriormente de una membrana serosa, prolongacion del pe-

ritoneo, que lo recubre en sus tres cuartas partes superiores; y se halla formado interiormente por una continuacion de la membrana serosa que tapiza lo interior de la vagina.

El profesor Chaussier pone en duda la existencia de esta membrana; y cree que se ha tomado por membrana mucosa del útero, una simple concrecion costrosa accidental, que no tiene ninguno de los caracteres de la membrana mucosa que recubre lo interior de la vagina. Pero Mr. Coste ha demostrado en muchísimas piezas anatómicas, que es una verdadera mucosa la que tapiza el útero, y tomando de este hábil fisiologista los hechos principales que tiene su descripcion, veremos que el espesor de la mucosa uterina no es igual en toda su estension, pues hácia el medio de su cuerpo forma el cuarto del espesor de las paredes uterinas; á este nivel tiene de dos á tres líneas y media de espesor, lo que es con corta diferencia casi un cuarto del espesor total. Ella disminuye muy bruscamente al nivel de la union del cuerpo con el cuello; así como

á la entrada de las trompas. En el cuello es muy delgado, y tiene á lo mas media línea de espesor.

Estas piezas anatómicas no dejan hoy duda, que es una verdadera mucosa la del interior del útero; pero debemos apoyarnos tambien en las siguientes razones tomadas á Mr. Cruveilhier: 1^a, que toda cavidad orgánica que comunica con el exterior, está tapizada por una membrana mucosa: 2^a, que la anatomía demuestra que la mucosa vaginal se continúa en la cavidad del cuello; despues en la del cuerpo del útero: 3^a, que vista á la lente la superficie interna del útero, ofrece una disposicion papilar; aunque de papillas poco desenvueltas: 4^a, esta superficie interna está sembrada de folículos ó criptas, de que se puede exprimir moco y se forman pequeñas veigiguillas cuando son distendidas por el líquido que retiene su orificio obstruido ú obliterado: 5^a, ella es continuamente lubricada por mucosidades: 6^a, en fin, esta superficie está sujeta como todas las mucosas, á las hemorragias espontáneas, á las secreciones catarrales, y á

las vegetaciones nombradas polypos mucosos fibrosos y vesiculosos.

El tegido propio del útero es un tegido denso, elástico, de un color blanco pardusco; su densidad aumenta hácia el cuello, en donde disminuye su tez pardusca; es imposible distinguir en ningun punto de su estension la disposicion de las fibras que lo componen, y seria difícil al examinar este tegido en su estado de vacuidad, el formarse una idea de las mudanzas que le puede hacer tomar la preñez.

Las arterias del útero le vienen de las hypogástricas; estos vasos que son tortuosos y poco considerables en todo el tiempo de reposo de este órgano, adquieren muchas veces durante la preñez, un volúmen muy considerable, las venas acompañan á las arterias.

Los vasos linfáticos del útero son tan numerosos, y su dilatacion es tan notable durante el preñado, que se podria creer que este órgano está formado enteramente de vasos, los cuales provienen de los plexos hypogástricos.

DE LAS TROMPAS, OVARIOS, Y OTROS ÓR-

GANOS.—La membrana peritoneal, después de haber recubierto al útero en sus tres cuartas partes superiores, y formado por delante y por detrás de este órgano unos dobleces poco aparentes, llamados sus ligamentos anteriores y posteriores, se refleja sobre sus partes laterales, y forma un ancho dobléz conocido con el nombre de ligamento ancho que encierra la trompa y el ovario.

DE LAS TROMPAS UTERINAS.—Son unos conductos cilíndricos, que se estienden desde los ángulos superiores del útero con el cual comunican, hasta por encima de las partes laterales del estrecho superior ó abdominal, recorriendo de esta manera un espacio de cuatro á cinco dedos. De las dos estremidades de la trompa, la interna que es muy delgada, atraviesa el tegido del útero por un orificio muy estrecho; la estremidad externa toma el nombre de pabellon, de embudo ó de franja; está ensanchado y ordinariamente inclinado hácia el lado del ovario, al cual se fija por una de sus franjas mas largas. Aunque por lo regular es muy difícil poner á descubier-

to el conducto de la trompa, sin embargo se puede llegar á ella con un poco de paciencia y maña.

Las trompas se componen de una membrana comun, exterior, que toman del peritoneo; de dos membranas propias, una externa y otra interna, de las cuales la esterna es mas espesa densa, blanquecina y capaz de contraerse; la interna es mas delgada, más blanda y parece que corresponde al órden de las mucosas; en los alrededores del pabellon se encuentra una pequeña porcion de tegido esponjoso. Los vasos de las trompas vienen de los hypogástricos.

DE LOS OVARIOS.—Organos parenquimatosos, vasculares, ovoides, un poco comprimidos en sus dos caras opuestas, de color rojo bajo, de una densidad bastante grande, del volumen como de un huevo de paloma, poco mas ó menos, situados en el espesor de los doblezes posteriores del ligamento ancho.

La forma de los ovarios permite distinguir en ellos dos estremidades; una esterna en la que se inserta una de las franjas principales de la trampa uterina

por medio de la cual esta última es atraída sobre la trompa que abraza casi totalmente en el momento de la fecundación del huevo; la extremidad interna se continua con un cordón delgado, fibro-vascular que va á terminar en la sustancia del útero detrás de la inserción de las trompas, pero un poco mas abajo: este cordón que se llama ligamento del ovario, está situado como este último órgano en el espesor del ligamento ancho, cuya aleta posterior ocupa: es sólido y no presenta ningun vestigio de conducto.

La superficie de los ovarios presenta unas eminencias redondas, separadas por unas sinuosidades poco profundas; algunas veces se encuentran en ellas pequeñas cicatrices ó bridas en las mujeres que son todavía jóvenes y que han tenido hijos,

El peritoneo reviste inmediatamente toda la superficie exterior del ovario, menos en el sitio donde este adhiere al ligamento ancho.

Los ovarios están formados por una cubierta fibrosa, densa, sobre la que se

apoya el peritonéo que le es íntimamente unido; 2º. por un tejido esponjoso y vascular, cuyas mallas parecen formadas por prolongaciones muy delicadas de la cubierta exterior, y tienen mucha analogía con el tejido glanduloso. Esta sustancia glandulosa ofrece un cierto número de pequeñas cavidades, en las que se encuentran contenidos pequeños folículos descritos por Graaf cuyo nombre llevan. Entre estos folículos ó vegiguillas, hay algunos que están metidos en el interior del ovario; otros mas gruesos y precisamente los que se maduran, ocupan la superficie del órgano, de modo que llegan á producir pequeñas elevaciones arredondadas y á dar un aspecto tuberculoso al ovario. El número de vegiguillas bien aparentes en una mujer adulta, es de quince á veinte; pero con la ayuda del misroscopio se percibe mucho mayor número.

Los vasos del ovario vienen de los espermáticos; sus nervios de los plexos renales, y los vasos linfáticos comunican con los riñones.

LIGAMENTOS REDONDOS. — Cordones

celuloso-vasculares, que se estienden desde el útero hasta la parte interna y superior de los muslos; nacen de las partes laterales anteriores y superiores del útero, por delante y por debajo de la insercion de las trompas, y de allí se dirijen yendo de arriba á abajo y de adentro á afuera, hácia el anillo inguinal que pasan y van á desparramarse y á terminar en el tejido celular de las íngles, del monte de venus, y de los grandes labios.

Estos cordones son blanquecinos, bastante densos, un poco aplanados y mas delgados en su parte media que en sus estremidades; están compuestos de tejido celular filamentososo, de vasos sanguinos y linfáticos; tienen por uso fijar el útero en la pequeña base y prevenir las dislocaciones, el uno de ellos parece ser mas corto.

CAPITULO III.

DEL FETO.

Para terminar la parte anatómica re-

lativa al parto, es necesario hablar del feto; pues teniendo que salir por los estrechos de la base, se necesita conocer los diámetros de la parte mas voluminosa, y resistente del feto, que es la cabeza.

Para comprender las posiciones, se necesita igualmente conocer lo que anatómicamente se llama cabeza y la denominacion de los huesos que la forman. La cabeza es la estremidad superior del cuerpo humano, en donde están colocados la mayor parte de los sentidos, y el cerebro: se divide en dos partes que son, el cráneo y la cara. El cráneo situado desde la parte anterior superior hasta la parte posterior de la cabeza, se compone de ocho huesos, que son el coronal en la parte anterior, el occipital en la posterior los dos parietales en las partes laterales y superiores; los temporales en las laterales é inferiores del cráneo; el esfenoides y el etmoides están en su parte anterior. De estos huesos los que importa conocer á las parteras, son los seis primeros; pues en las diversas posiciones que presenta

la cabeza del feto, se presentan los seis primeros, y nunca los dos últimos. Comenzando por el coronal, debemos decir que está situado en la parte anterior del cráneo, y comprende todo el espacio conocido con el nombre de frente. Comienza en la parte superior de las órbitas, y termina en la sutura transversa, que une este hueso con los parietales. Tiene de particular en esta edad, estar dividido en dos partes iguales por una línea que algunos llaman también sutura sagital. Los parietales son los dos huesos que están situados lateral y superiormente en el cráneo; tienen una figura cuadrilátera, y están unidos al hueso coronal por la sutura transversa; entre sí, por la sutura sagital; con el occipital, por la sutura lambdoidea; é inferiormente con los temporales por la sutura escamosal. Tienen de notable dos eminencias en su centro en donde se fijan las estremidades del diámetro bi-parietal. El hueso occipital está situado en la parte posterior é inferior del cráneo se extiende desde la sutura lambdoidea hasta la parte posterior del cuerpo del

El hueso esfenoïdes, tiene una figura casi romboidal (1) y por sus lados superiores se relaciona con los parietales; por sus lados inferiores con el borde posterior de los temporales; y por su terminacion anterior con la parte posterior del cuerpo del hueso esfenoïdes. Los huesos temporales son varios huesos situados en la parte inferior y lateral del cráneo, y ocupan el espacio comprendido entre la sutura temporal, y los lados inferiores del occipital se relacionan tambien anteriormente por una apofisis ó eminencia, con el hueso pómulos. En cuanto al etmoides y esfenoïdes, ya dije que nunca se presentan de modo que puedan tocarse, y por esta razon es inútil que los conozcan las parteras.

La otra parte en que se divide la cabeza, es la cara. Comprende toda la parte anterior de la cabeza, y está dividida en frente, mandíbula superior, y

(1) Figura romboidal ó de rombo, es un cuadrado cuyos ángulos opuestos son iguales entre sí, y sus lados todos son iguales: Se dice casi romboidal, porque su terminacion anterior é inferior no es un ángulo verdadero.

mandíbula inferior. La frente está situada sobre el hueso coronal, es parte comun al cráneo y cara. La mandíbula superior comprende desde la sutura que une los huesos pomulos al coronal sigue por la parte inferior de la órbita hasta la sutura que une el hueso coronal con los huesos propios de la nariz. Toda esta línea podemos llamarla línea superior de la mandíbula superior. Por la parte inferior forma la parte superior de la boca, y es en donde están implantados los dientes superiores. La mandíbula superior está compuesta de trece huesos, pero como no todos se presentan al orificio uterino, deben solo conocer las parteras aquellos que pueden presentarse y ser tocados por su dedo en el registro. Estos son seis: tres de cada lado, y son, comenzando del interior al exterior; los huesos propios de la nariz, los dos maxilares superiores, y los dos pómulos.

Los huesos propios de la nariz, son dos huesecillos pequeños, situados abajo de la parte media del hueso coronal: ellos forman la raiz de la nariz, y como

esta es una eminencia bastante notable, son fáciles de distinguir.

Los maxilares superiores se extienden inmediatamente desde el borde posterior de los huesos propios de la nariz, con quien están en contacto; siguen formando la parte inferior de la órbita, y se articulan con el hueso pómulo; por la parte inferior ya dije que constituían el borde alveolar; pero en los niños solo forman una bóveda, y un borde arredondo y liso, conocido con el nombre de arcada alveolar.

Los pómulos son los huesos mas superiores de la cara, tienen una figura irregular y están relacionadas con los maxilares por su lado interno; con el coronal por su ángulo superior, y por una porcion de su borde posterior y externo con una apofisis del temporal. De esta union se forma el puente zigomático.

La mandíbula inferior está situada en la parte inferior de la cara, y está compuesta de un solo hueso, dividido en el feto por su parte media. Esta reunion se hace al principio del crecimiento, pues cuando el feto es de término, por

por lo general está consolidada; este punto del hueso, es necesario conocer; pues que de él se toman los diámetros occipito-barbado y fronto-barbado.

Todos estos huesos están articulados unos con otros; pero á las parteras les importa poco conocer el modo y denominacion de estas articulaciones en particular. Lo que sí deben saber, que los huesos del cráneo están unidos por suturas, y una de las que se presentan con mas frecuencia en el estrecho superior, es la sutura sagital, gran sutura ó sutura ántero-posterior. Se estiende segun Cazeaux, desde la raiz de la nariz hasta el ángulo superior del occipital. Yo creo que la sutura sagital, propiamente dicha, es la que se encuentra entre los dos parietales; pues en la práctica, si se presenta la sutura que está situada entre las dos porciones del hueso coronal; ningun partero dice que se presenta la sutura sagital; sino la falta de osificacion que hay entre las dos porciones del hueso coronal, ó la sutura coronal. Si se dijera en este caso que

se presentaba la sutura sagital, se confundirian las posiciones.

Otra parte que importa mucho conocer, es la mollera anterior, que no es mas que la reunion de las suturas sagital, coronal, y las dos transversas que unen el coronal con los parietales. Ella tiene por carácter presentar una gran superficie, y es limitada por cuatro ángulos huesosos; tiene una figura rombooidal, prolongándose mas uno de sus ángulos hácia la sutura coronal que hácia la sagital.

La fontanela ó mollera posterior resulta de la union de la parte posterior de la sutura sagital con el ángulo entrante del occipital que no está osificado. Es mas pequeña que la mollera anterior, es triangular, y los ángulos huesosos están aproximados de modo, que se tocan sin dejar entre ellos ningun intervalo membranoso.

Algunas veces las dos porciones del occipital, no son aun reunidas, al momento del nacimiento; en este caso, existe una sutura mediana, que las separa, y que viene á terminar en la mo-

llera posterior. En tal caso, esta toma tambien la forma romboidea; y solo se distinguirá de la anterior, por la oblicuidad de las suturas laterales, que unen la parte posterior de los huesos parietales, con parte de los lados del hueso occipital.

Existe algunas veces una disposicion inversa. El ángulo saliente del occipital llena el ángulo entrante de los parietales; entonces la convergencia de las tres suturas y la salida de los bordes huesosos que cavalgan unos sobre los otros, pueden servir al diagnóstico. Cuando la cabeza está encajada en la escavacion, y está fuertemente apretada, el ángulo superior del occipital está tan fuertemente oprimido bajo los ángulos internos, posteriores y superiores de los parietales, que el dedo que reconoce solo advierte la posicion notando la depression que el occipital hace debajo de los ángulos de los parietales.

Existe aun otra causa de error en el diagnóstico por razon de las suturas; muchas veces se encuentran en el cráneo puntos en los que se ha retardado la

osificación; estos están cubiertos por una especie de mollera que se puede creer es una de las referidas; pero se evitará fácilmente el error notando que de este intervalo membranoso no nace ninguna sutura lateral.

Tambien hay otras suturas menos importantes para el diagnóstico del parto; pero de que deben tener conocimiento las personas que se dedican á este arte; y son la sutura transversa del coronal, que une á este hueso con el borde anterior de los parietales. Esta sutura no solo sirve para limitar, y unir estos huesos entre sí; sino tambien en el diagnóstico del parto, sirve para no confundir la fontanela anterior con la posterior, en el caso no muy remoto, en que la falta de osificación del ángulo superior del occipital, ó la prolongacion de la sutura sagital por en medio del occipital, hicieran confundir ambas molleraras. En este caso, se seguirian reconociendo las suturas laterales, y la direccion transversa de la sutura coronal, hacia distinguir una mollera de otra.

La sutura lambdoidea es la que une

los parietales con el occipital, es oblicua^a en ambos lados del occipital, y termina formando un ángulo, lo que la distingue de la anterior que dijimos, era transversa.

Hay otras dos suturas dichas escamosas que unen los huesos temporales al borde inferior de los parietales.

Todas estas suturas que en el adulto forman unas engranaduras dentadas; están unidas en el feto por el intermedio de membranas estrechas, de modo que los huesos gozan de cierta movilidad.

De la reunion de estos huesos por estas suturas, resulta la caja huesosa conocida con el nombre de cráneo, que como hemos dicho, consta de ocho huesos. La cara resulta igualmente de la reunion del coronal con la mandíbula superior y de esta con la inferior. Reunidos el cráneo y la cara, forman la cabeza, que es la parte mas resistente y voluminosa del feto; por lo que es de necesidad conocer sus diámetros y dimensiones para arreglarlos en caso necesario á los diámetros de la pelvis.

DIAMETROS.—Los diámetros de la ca-

beza del feto son líneas, ficticias, que la atraviesan de una parte á otra, en una direccion determinada. Se cuentan siete diámetros en la cabeza, que son el occipito-barbado, el occipito-frontal, el occipito-bregmático, el vertical ó trachelo-bregmático, el fronto-barbado, el biparietal y el bi-temporal.

El diámetro occipito-barbado ó gran diámetro, se toma de la parte mas elevada del occipucio á la symphysis de la barba, y tiene cinco pulgadas. El occipito-frontal ó diámetro antero-posterior se estiende de la protuberancia occipital externa, á la parte media que separa las eminencias frontales, y tiene de longitud cuatro pulgadas un cuarto. El diámetro occipito-bregmático nace de la parte media que hay entre el gran agujero occipital, y la protuberancia, y termina en la parte media de la fontanela anterior: tiene tres pulgadas y media á tres pulgadas tres cuartos. El diámetro vertical ó trachelo-bregmático atraviesa la cabeza perpendicularmente descendiendo de la fontanela anterior, á la parte anterior del grande agujero oc-

cipital: es igual al anterior. El diámetro fronto-barbado ó facial tiene tres pulgadas y va de la parte media y superior de la frente á la symphysis de la barba. El diámetro bi-parietal ó transverso va de una eminencia parietal á la otra y tiene tres pulgadas y media. El diámetro bi-temporal no tiene sino dos pulgadas y media si se mide de un temporal á otro; pero de este modo no sé qué utilidad tenga en la práctica; si se mide de una apofisis sigomática á otra, entonces sí creo que hay alguna utilidad; pues se mide la mayor estension de una parte, que puede presentarse en la posicion de la cara como diámetro transverso.

Todos estos diámetros deben pertenecer á otras tantas circunferencias, que quedan en relacion con la circunferencia del estrecho superior, y segun se proporcionan entre sí, así es fácil ó difícil el parto.

Las circunferencias están divididas en grande, mediana y pequeña, segun que son medidas por los diámetros occipito-barbado, occipito-frontal ú occipi-

to-bregmático. La primera tiene quince pulgadas de estension; la segunda tiene doce pulgadas tres cuartos, y la tercera diez pulgadas y media; pero ya he indicado que se pueden medir tantas circunferencias como diámetros: en este caso es menor la circunferencia que corresponde al diámetro fronto-barbado.

La cabeza del feto se divide en seis óvalos ó regiones. La una superior en donde se notan las dos fontanelas principales, y la sutura sagital. La otra inferior comprende la parte inferior del occipucio y de la mandíbula inferior. La otra anterior que la compone la cara. La otra posterior comprende el occipucio en su parte posterior: y las dos laterales, en las que están comprendidos particularmente los temporales, y la parte inferior de los parietales.

Hay que considerar tambien en la cabeza, su articulacion con las vértebras cervicales; y recordar que no se puede hacer un gran movimiento de rotacion, sin comprometer la vida del feto. Un cuarto de círculo es la regla general que se recomendaria en este movimiento;

aunque hay excepciones hechas por la naturaleza en que la cabeza es torcida sobre las vertebras en la estension de un semi-círculo.

CAPITULO IV.

PARTE FISIOLÓGICA.

En la economía del hombre, hay una gran función relativa á su misma especie, que necesita para su desempeño los órganos que distinguen los dos sexos. Esta función es la generación, función que se hace por la aproximación del macho á la hembra (copulación) en la que el macho, derrama el principio fecundante sobre el germen de la hembra, lo que se llama (impregnación). El huevo una vez fecundado permanece, y se desenvuelve en los órganos de la mujer cierto tiempo (gestación) y al terminar un período fijo, es expulsado un nuevo ser. Este acto se denomina parto.

El parto es pues la expulsión de un

nuevo ser fuera de los órganos de la madre. Es el complemento de la generacion, funcion que debemos estudiar prácticamente, dilatándonos todo lo posible en su mecanismo; pues de la comprension que de él se tiene, resulta la mayor ó menor exactitud para llevar las indicaciones.

Antes de estudiar esta funcion, debemos echar una ojeada á todas las que la preceden, pues así se comprenderá mejor una funcion, que como hemos dicho no solo mira al individuo; sino que se dirige á la conservacion de la especie.

Para llegar á dar á luz un nuevo ser necesita la mujer ser núbil, ó estar apta para la fecundacion. Esta edad de la vida conocida mejor con el nombre de pubertad, se manifiesta físicamente en nuestro país, de los doce á los quince años; por la aparicion de los menstros, por el desarrollo de las mamas, y por todos aquellos cambios físicos y morales, que se observan en esta edad.

Desde el momento que hay estas señales en la mujer puede aproximarse al hombre; si este acto es fecundo, la mu-

jer comenzã á tener cambios notables en su constitucion, que es preciso conocer para poder decidir, si la mujer lleva ó no en sus órganos el producto de la concepcion. Esta funcion que vulgarmente se dice embarazo los médicos le denominan gestacion y como sea muy importante conocerla le dedicaremos un artículo especial.

ARTICULO 1º.—DE LA GESTACION.

La gestacion debe definirse el estado de la mujer que lleva en su seno el producto de la concepcion. Este estado tiene su tiempo fijo en todos los animales, y en la mujer es de nueve meses solares, diez lunares de veintiocho dias, ó lo que es lo mismo de doscientos setenta á doscientos ochenta dias.

Muchas variaciones presenta el embarazo, en todo el tiempo que dura; y estas variaciones se dan á conocer por signos. Estos signos son ó racionales ó posibles: los primeros no tienen la im-

portancia que los últimos; porque pueden inducir á error particularmente cuando se toman aisladamente. Los otros es muy difícil que engañen, á no ser que haya poca práctica, ó sentidos obtusos en el que observa.

Varios son los signos racionales, que han señalado los autores para saber si la mujer ha quedado embarazada. Los unos han dicho que la retencion del semen en el útero, es señal de embarazo, y han dado como signo racional, la salida del miembro viril en estado de sequedad. Otros han querido sacar del semblante ciertas señales, para saber si está, ó no embarazada tal persona; pero en el dia todos estos signos se tienen como simples indicios, y no se ha comenzado á creer que hay embarazo, sino en la primera supresion de menstruos. Cierto es, que este signo como racional, puede faltar; porque puede continuar la menstruacion, estando embarazada la mujer; pero en este caso, muy raro á la verdad, si hubiera necesidad de saberlo, los signos sensibles nos podian sacar de la duda. Es pues ne-

cesario conocer cuáles son los signos racionales, y sensibles, que indican los continuos cambios, que sufre el útero; y con él toda la organizacion de la madre. Nosotros siguiendo á varios autores de nota señalaremos unos y otros.

En el primero y segundo mes, se notan como signos racionales, la falta de menstruacion, un sentimiento de desfallecimiento en el estómago, vulgarmente llamado hueco de estómago; ligera depression del vientre arriba del pubis, y ligero hundimiento del ombligo: sensacion de plenitud en los senos, en donde se presenta igualmente prurito, piquetes, y aun algunos dolores.

SIGNOS SENSIBLES.—Quiere decir aquellos que se sienten ó pueden ser percibidos por cualquiera de nuestros sentidos, son en el primero y segundo mes, el aumento en el volumen, y peso del útero, pues como este órgano está congestionado de líquidos por la funcion que desempeña, aumenta precisamente de volumen y consistencia. Aumentado el útero de este modo, y sostenido como está débilmente por sus ligamentos; es

de necesidad que baje, porque pesa mas; y este es otro signo sensible fácil de notar por la partera. Otro tercer signo sensible, fácil de notar por cualquiera persona egercitada en el tocamiento de la mujer, es que la matriz está menos móvil. Como cuarto signo sensible, podemos señalar el reblandecimiento de las paredes uterinas, pues el útero al congestionarse, dilata su tegido de modo, que en el estado de vacuida muchos han negado su estructura muscular, por lo compacto de sus fibras, y esta estructura solo se ha manifestado á los anatómicos, en el estado de plenitud: pues bien, de esta dilatacion del tegido del órgano, y de la congestion que sufre, resulta una consistencia mas suave, y que recobra la impresion que el dedo hace, por lo que se ha comparado por los parteros, á la consistencia de la goma elástica. Otro signo que dan los parteros, y lo colocan entre los sensibles, es la situacion del cuello del útero; pues en los dos primeros meses de que vamos hablando, está dirigido abajo, adelante, y hácia la izquierda; debido esto en mi

concepto, á la razon que dá Mad. Boivin para la inclinacion del útero por lo general hácia la derecha, y es que el ligamento ancho de este lado, es mas corto: pues bien, siendo mas corto, y dirigiendo por esto el cuerpo hácia la derecha, el cuello debe estar á la izquierda. Se sabe que los ligamentos anchos están mas bien situados hácia atrás que adelante del útero y esta es a razon de que el cuello quede por lo general adelante. En cuanto que esté situado abajo es de necesidad puesto que ha bajado todo el cuerpo del útero. Que este orificio esté arredondado en las primíparas, y entreabierto en las multíparas; se dá como un sexto signo sensible del embarazo en este período. En mi sentir es un signo de difícil comprobacion y no está admitido por todos los parteros. Cazeaux dice, que en las primíparas la cavidad del cuello, se dilata al mismo tiempo que las paredes se reblandecen. Esta separacion dá al cuello de las primíparas la forma de un huso, y á las que han sido madres la forma de un dedal, ó de un embudo de base

inferior. El sétimo signo, que se dá como sensible en esta época, es un ligero reblandecimiento de la mucosa de los lábios, pues que está como edemaciada. Esto proviene de que esta mucosa, participa del estado de supernutricion, que tiene la mucosa uterina.

En el tercero y cuarto mes de la preñez unos signos racionales continúan, otros cesan de presentarse, y otros aparecen. La supresion de menstruos continúa; cesa el sentimiento de hueco en el estómago; aparecen los vómitos; hay elevacion ligera de la region hypogástrica; por consiguiente desaparece el ligero hundimiento que aqui habia; y la cicatriz umbilical está menos deprimida por la elevacion que ha hecho el útero. Los senos aumentan de volúmen, hay salida del mamelon, y una coloracion ligera de la areola. Se comienza á presentar la kysteina película que se presenta en la orina de las embarazadas; pero como no todos los autores están conformes en su naturaleza, como su existencia varia en las diversas épocas de la preñez, y como por otra parte se

presenta en otras enfermedades y además de todo esto; sea de muy difícil indagación para las parteras, no me volveré á ocupar de este principio. Solo me parece importante decir, que por lo general se presenta en esta época, y que en los últimos meses desaparece.

Los signos sensibles son: una elevación arriba de los huesos pubis. Al fin del cuarto mes esta elevación se encuentra hasta el punto medio entre los pubis y el ombligo. Hay matitez sensible por la percusión en la region hypogástrica.

Si se palpa lo que vulgarmente se llama vientre bajo, se nota un tumor bastante grande, que al fin del cuarto mes tiene el tamaño de la cabeza de un niño de un año. En el tercer mes es menor el volúmen. Por el tacto abdominal, y el vaginal reunidos, se consta fácilmente la dislocación en masa, y el volúmen del útero. El cuello tiene la misma situación y dirección en el tercer mes, que en los meses precedentes; pero en el cuarto que ya ha subido mas, se dirige atrás y á izquierda. El reblanda-

miento del orificio es mucho mas pronunciado. Está abierto en las nultíparas, de modo que deja penetrar la pulpa del dedo. En las primíparas sigue redondo, y cerrado. Es fácil dar la razon de todos estos cambios, debidos en su mayor parte al crecimiento del feto. Otros son debidos á la situacion de los ligamentos anchos, que como dije, tenían una situacion mas bien posterior; y esta es la razon de que el orificio uterino vea hácia atrás, pues luego que el útero sale de entre los huesos, su cuerpo se dirige mas bien adelante. Ya he dicho del reblandecimiento del orificio uterino; aquí se encuentra aumentado porque es mayor la congestion. y distencion de todo el útero.

En el quinto y sexto mes continúa la supresion de menstros. Cesan por lo regular los trastornos digestivos, aunque en algunas personas irritables se substituyen por un sentimiento de ardor hácia el cuello, conocido vulgarmente por acedías. Hay un desenvolvimiento considerable de toda la region subumbilical; tumor abdominal arredondado, fluctuan-

te, convexo, saliente sobre la línea mediana, y en la que se siente algunas veces las desigualdades fetales: desaparición casi completa del hundimiento umbilical: colocación mas oscura de la arcola, que está como mosqueada, y se aparecen unos tuberculitos glandiformes: los signos sensibles al fin del quinto mes son, que el fondo del útero está á un través de dedo abajo del ombligo. Al fin de sexto, un través de dedo sobre el ombligo. En ambos hay movimientos activos muy sensibles: se oye el ruido del corazón del feto, y otro ruido de soplo, atribuido generalmente á la compresión de las arterias de la base de la madre. En la parte superior y anterior de la vagina se siente un tumor, algunas veces blando y fluctuante; otras veces duro, arredondado y resistente. El cuello está reblandecido de modo que en las mujeres que ya han parido, se puede penetrar en la cavidad del cuello: en las primíparas solo está reblandecido, pero no se puede introducir el dedo en el cuello.

En el sétimo y octavo mes, continúa

la supresion de las reglas. El estómago por lo general se presenta en buen estado, pues es raro que siga el trastorno de las digestiones. Sigue el tumor abdominal con los mismos caracteres que en el sexto mes. No hay hundimiento umbilical, antes por el contrario, dilatacion del anillo, y aun algunas veces salida de la piel del ombligo. Grietas numerosas sobre la piel del vientre. Algunas veces estado varicoso y edematoso de los miembros inferiores, y aun de la vulva: granulaciones vaginales, y flujo blanco: coloracion mas oscura de la areola central: estension de lo mosqueado de la areola: otras ocasiones grietas numerosas, sobre la piel de los pechos: flujo de leche: desenvolvimiento completo de los tubérculos glandiformes. Los signos sensibles son el aumento de volúmen del vientre. A los siete meses, el fondo del útero está á cuatro travezos de dedo sobre el ombligo: á los ocho meses á cinco ó seis. El útero se inclina por lo general á derecha. Los movimientos del feto son mas violentos. Hay ruido del corazon del feto, y ruido

de soplo. Peloteo muy neto en el sétimo mes: menor en el octavo. El reblandecimiento del cuello aumenta, se puede introducir mas el dedo en las múltiparas hasta el cuarto superior, que ofrece resistencia.

Se ve en todos estos meses que el fenómeno predominante es el crecimiento del feto; que con su aumento de volúmen se demuestra la mayor actividad del órgano, que esta actividad prueba su desarrollo, de donde viene el crecimiento del vientre. Como que el feto aumenta de volúmen, comprime mas las arterias, y venas de la madre; y de aquí el obstáculo á la circulacion, los edemas, las fatigas, palpitaciones etc. El ruido del corazon del feto es un signo positivo de que vive; y se oye tanto mas, cuanto mas desarrollo tiene aquel.

Pasemos á la primera quincena del noveno mes. En esta ha subido tanto el útero, que llega á la region hypogástrica, y aun bajo el reborde de las falsas costillas del lado derecho. Continúan los movimientos del feto, y los ruidos del corazon y de soplo. No hay

peloteo sino solo una especie de soliviamiento. Todo el cuello se encuentra reblandecido, esceptuando el anillo del orificio interno: en las primíparas, aunque comienza á dilatarse el orificio externo del cuello, no se puede introducir el dedo.

Estos son los signos sensibles que presenta la primera quincena del noveno mes; y por ellos se esplican muy bien los signos racionales que aparecen entonces, como propios de esta época. En efecto, la reaparicion de los vómitos, es mas bien un efecto mecánico del útero que toca al estómago. La fatiga de la respiracion se esplica, porque el músculo que divide la cavidad del pecho, de la del vientre conocido con el nombre de diafragma, no puede bajar todo lo que baja en el estado natural. En cuanto á los demas signos como el aumento de volúmen del vientre, supresion de menstros etc., continúan unos como en los demas meses, y otros aumentan; pero sin ofrecer particularidad alguna.

La segunda quincena del noveno mes tiene como signos sensibles muy parti-

culares, que el vientre baja inclinándose adelante: que la respiracion queda mas libre: que la cabeza se encaja un poco en la escavacion, y que el peloteo no puede efectuarse sensiblemente. En este estado el cuello se reblandece en su anillo superior, de modo que en las múltiparas, puede penetrar el dedo por un cilindro de mas de una pulgada de altura, hasta tocar las membranas. En las primíparas, el orificio sufre la misma modificacion; pero el externo ó inferior queda muy estrecho.

A todos estos signos físicos, acompañan los racionales siguientes; 1º, calman los vómitos; 2º., aunque la respiracion es mas libre, la dificultad de la marcha es mayor; 3º, ganas frecuentes de orinar; 4º., hemorroides; 5º, dolores de riñones y algunos cólicos.

ARTICULO 3º.—SIGNOS DE PREÑEZ
MULTIPLA.

Los signos que dan muchos autores de una preñez multipla, ó doble, son los

siguientes: 1º Un desévolvemento rápido y considerable del abdomen, particularmente en latitud. 2º Muchas veces una depresion longitudinal que separa como en dos porciones el abdomen. 3º Los movimientos de los infantes se suelen sentir en los dos lados. 4º La percepcion distinta del ruido cardiaso en dos puntos distantes, ú opuestos. Cuando estos ruidos pueden percibirse de este modo, se debe confiar mucho en este signo. El ruido del corazon del feto es semejante al que da un relox. 5º. Una intensidad mayor de los accidentes de la preñez. 6º. Una elevacion mas considerable de la porcion inferior del útero. 7º. Si á estos síntomas se junta el principio antes de término, de los dolores del parto; tendremos otro signo que indique la preñez multipla.

CAPITULO V.

DEL EXAMEN DE UNA MUJER EMBARAZADA,
CONDUCTA DE LA PARTERA.

Esta operacion se divide en exámen

interno y externo. El exámen externo tiene por objeto apreciar por medio de los sentidos, el estado de las mamilas, del abdomen, de las partes genitales exteriores, y saber cuál es la conformacion externa de la base. El exámen interno, llamado tocamiento ó registro, tiene por objeto constar el estado de los órganos genitales internos, vagina, cuello del útero sobre todo su porcion inferior, algunas veces tambien su cavidad el estado de la cavidad pelviana, la posicion del feto etc.

Las parteras, cuando son llamadas para ver á una persona embarazada, no deben empeñarse en descubrir en la paciente, todos los síntomas que hemos dicho hay en los diversos periodos de la preñez. La preñez mas bien es un estado fisiológico bastante delicado á la verdad; pero por lo general que no demanda aplicacion de ninguna clase; únicamente el arreglo de una buena higie-ne, así es que, la partera lo que principalmente debe indagar, es la época del preñado por los cuidados ulteriores que debe darle á la paciente. Cerciorada

de la época del preñado, se limitará á prescribir las reglas siguientes: Conservar durante la preñez, el mismo género de vida que antes tenia: los cambios bruscos de las comidas ú otras habitudes de la enferma, pueden dar los mas funestos resultados. Por esta razon se observa con frecuencia, que las mujeres criadas en el campo, hechas á una nutricion grosera, que gozan de un aire libre, que se mueven y agitan en sus trabajos ordinarios, sufren grandes daños cuando son trasportadas, en estado de preñez, á las grandes ciudades, en donde se usan, es cierto, mejores alimentos; pero varian su método de vida, así como el aire que respiran tambien, y la quietud que sustituyen á sus trabajos habituales

Una persona embarazada debe huir de todo lo que pueda escitar sus pasiones. Las emociones vivas como la cólera, el temor, el espanto, etc, deben ser evitados con cuidado. Muchas veces se presentan apetitos exagerados, que deben satisfacerlos por temor de una conmocion muy viva.

La mayor parte de las mujeres están muy tristes al fin de su embarazo, porque temen no sobrevivir al parto. En esta circunstancia, una partera discreta puede tener mucha influencia sobre la embarazada, refiriendo casos de partos felices, y llamando su atención sobre su buena salud, su buena conformacion, ó sobre otra circunstancia semejante. Si la persona embarazada teme, porque su primer parto fué laborioso, debe manifestarle la diversa resistencia de las partes de la generacion en el primero, y en los demas partos. Por último, debe aguardar la ocasion mas oportuna para hacer tales observaciones.

Un aire puro y fresco es muy ventajoso para la mujer embarazada. Los paseos al aire libre deben ser recomendados por las parteras. A las mujeres pobres hechas á trabajos penosos, no deben prohibírseles; únicamente se les recomendará la moderacion. Los bailes fuertes y frecuentes, el salto, los carruajes de mal movimiento ó por malos caminos, deberán ser evitados. Deberá prohibirse levantar cosas pesadas, así

como el no hacer ejercicio sino estarse sentada.

Toda escitacion muy viva de los órganos genitales debe evitarse cuidadosamente, en particular en aquellas personas propensas al aborto. Los primeros meses son los mas espuestos á este accidente, por consiguiente deben ser mas vigilados por la partera; en cuanto á los alimentos y bebidas, se debe recomendar la moderacion. Como que la mujer embarazada está en un grado muy alto de escitacion, se le deben prohibir los alimentos cargados de especias, el café, el vino etc.: pero si la paciente estubiere habituada á tales cosas, se le recomendará que lo haga moderadamente. Al terminar la preñez, se debe disminuir el alimento si es abundante; pues el recargo del estómago puede producir cólicos, y aun determinar el momento del parto que debe hacerse únicamente por esfuerzos naturales. Si una persona embarazada repugna ciertos alimentos, se le variarán; pero cuando tiene deseos de cosas extraordinarias ó dañosas, no se le permitirán.

El temor que estos antojos perjudiquen al infante, es ilusorio,

Es de recomendarse tambien que las personas embarazadas tengan el vientre libre; quiere decir, que una vez al dia es muy conveniente que arroje, ó se le hagan espulsar los escrementos. La mujer debe orinar luego que tenga necesidad, pues el contener la orina en esta época, espone á accidentes graves.

Los vestidos de una embarazada en nuestro país, deben ser ligeros, y muy limpios; esto consuela mucho á la paciente. En tiempos frios, deben preservarla del enfriamiento, sobre todo en ciertas partes, tales como las mamilas, vientre y piés. Debe evitar con el mayor cuidado toda compresion que pudiera impedir el libre desenvolvimiento del vientre y caderas. La partera debe recomendar que los pechos no sean comprimidos, ni frotados por los vestidos; debe igualmente recomendar que el mamelon y la arcola sean labados con un poco de vino aguado: esto es muy necesario cuando el mamelon está cubierto por una piel muy fina. Cuando

el mamelon es muy metido, deberá hacer que sea chupado por una persona sana; luego que salga, se le mantendrá hácia afuera por un anillo de goma elástica, y en su defecto, se continuarán las succiones de vez en cuando, teniendo cuidado de no escitar mucho á la mujer particularmente si fuere propensa á abortos.

La limpieza es uno de los mejores medios que pueden recomendarse. Lo mismo que el ejercicio es uno de los medios higienicos mas generales en su uso. La partera aconsejándose de un médico, puede prescribir los baños, y labatorios frecuentes de las partes genitales; pero deberá impedir los baños de piés en esta época.

La partera, repito, no tiene en el caso que llevamos espuesto, sino recomendar estas reglas de higiene. No sucede lo mismo cuando se quiere saber las probabilidades de un embarazo, ó el término en que está. Como estos son casos judiciales, por lo comun la partera no debe tener en poco ninguno de los signos que he referido; pero siempre diri-

gida por la prudencia, comunicará sus observaciones á un médico. Si este no llegare, y se exigiere el parecer de la partera, comenzará por situar convenientemente á la mujer. Esta situacion varia segun el objeto que uno se propone, y tambien segun el estado en que se encuentra la mujer. Si se encontrase bien, si no tuviere ningun accidente, deberá estar de pié contra la pared, ó contra el respaldo de una cama. En esta actitud, la partera hará el registro ó tocamiento, del modo siguiente; Hincará la rodilla izquierda, y doblará la pierna derecha: entonces introducirá el dedo índice de la mano derecha, teniendo doblados los tres dedos que siguen, y el pulgar metido debajo del dedo medio y anular, introducirá el índice; este dedo debe con anticipacion engrasarse, é introducirlo por la comisura posterior á la vagina; se recorre este órgano hasta tocar el cuello del útero. Aquí se debe apreciar su estension y grueso; su mayor ó menor resistencia, ó flacidez; si su orificio está entreabierto, se pondrá en él con mucho cuidado, la estremidad del dedo,

para hacerse cargo hásta qué grado ha perdido su longitud, porque esto conducirá á saber la época mas ó menos adelantada del preñado.

Mientras que la partera inspecciona el cuello y el interior de la vagina, deberá colocar de plano la otra mano sobre el abdómen, para hacerse cargo de las mudanzas que el desarrollo del preñado puede haber ocasionado en la figura, y el volúmen de la matriz, oprimiendo ligeramente la parte del abdomen adonde corresponde el fondo del útero, conocerá igualmente la altura á que se ha colocado este órgano.

Queda que decir, como se hace el traqueo en esta situacion de la mujer. Entre el cuello de la matriz y la vagina, se encuentra una depresion bastante considerable, á cuyo fondo corresponde la cabeza del feto, despues del cuarto mes de embarazo. A este sitio debe llevar la partera la estremidad del dedo, mientras que con la otra mano apoya el abdomen, en donde se halla el fondo de la matriz: entonces hay varios modos de hacer el traqueo; pero el

que yo he preferido es el siguiente: Situado el dedo índice de la mano derecha, y la palma de la otra mano como se ha dicho, se imprime al feto un movimiento por medio del cual sube y baja alternativamente. El tiempo mas á propósito para hacer esta operacion, es como he dicho, el sétimo mes, y se llama traqueo, y al movimiento que se imprime al feto se llama peloteo. Rara vez se puede hacer este movimiento antes de los cuatro meses, porque antes de esta época, la cantidad de las aguas del amnios, es proporcionalmente muy considerable para que se pueda tocar la cabeza al través de la matriz. Despues de los siete meses, se va disminuyendo la agua del amnios, y la cabeza del feto es mas pesada, de que resulta, que por la razon contraria, se vuelve mas difícil y aun imposible la operacion del traqueo.

Si la mujer está enferma, ó se examinare en los primeros meses del preñado, el registro se hará estando la mujer acostada. El modo de hacerlo se diferencia un poco del que acabamos de

describir. Generalmente es indiferente esta posicion ó la de pié, para reconocer el útero; pero cuando es de necesidad que se toque de este modo, es en los primeros dias despues del parto y cuando hay hemorragia como sucede vr. gr. en la implantacion de la placenta en el cuello del útero. La partera colocada al lado derecho de la mujer, si toca con la mano derecha, y vice versa, si toca con la mano izquierda, introduce el dedo indicador de una ú otra mano en lo interior de la vagina como se ha dicho otra vez, se pondrá la otra mano sobre el abdomen: entonces puede juzgar en los primeros meses, del volúmen del útero; en el acto del parto, de todos los cambios que va teniendo el cuello del útero, de las presentaciones, y posiciones del feto etc.

CAPITULO VI.

DEL PARTO.

En el parto, lo mismo que en toda

funcion, tenemos que considerar su definicion, su division, sus causas, sus fenómenos y su terminacion.

El parto se define una funcion natural por medio de la que la madre da á luz una criatura viva á su tiempo, y por el conducto natural.

El parto se divide en razon de la época que se hace y del modo con que se termina.

Respecto de la época, se ha dividido en mal parto, parto prematuro, y parto natural. Aborto, ó mal parto, cuando se efectúa antes de los siete meses. Parto prematuro si se termina de los siete, á los ocho meses y medio, y lleva el nombre de parto natural cuando se termina á los nueve meses, por solo las fuerzas de la naturaleza.

Con respecto al modo de terminarse el parto, se divide en natural ó artificial; segun se termina natural ó artificialmente; y en este último caso se denomina manual ó instrumental; segun se termina por solo la operacion de la mano, ó con el auxilio de algun instrumento.

Las causas del parto pueden ser próximas ó remotas. Las primeras son la contraccion del útero, y de los músculos abdominales, la dilatacion del cuello y la falta de equilibrio que hay en la resistencia del perineo. La contraccion del útero, es la principal de estas causas, que obrando en union de la contraccion de los músculos, produce la dilatacion del cuello, y llega á vencer la resistencia de las demas partes blandas. Pero tambien si sucediera que la contraccion del cuello fuera tanta, que no pudiera ser vencida por esta contraccion del cuerpo, desde luego esto seria una causa de distocia, que impediria que el parto se hiciera. Esto sucede tambien cuando el cuello, por enfermedades anteriores, tiene una cicatriz fuerte, debida á la pérdida de alguna porcion del cuello. En tales casos, el arte viene en auxilio de la naturaleza, y tiene que terminarse el parto artificialmente. Lo que digo de la dilatacion del cuello, es aplicable en cierto modo á la resistencia de las demas partes blandas. Esta resistencia, siendo menor que la

fuerza con que obran las contraccio-uterinas, se verifica el parto; pero si la resistencia de los músculos, particularmente del perineo, opusieren una fuerte resistencia, tiene que venir el arte á auxiliar á la naturaleza para que se verifique. De modo que estas dos causas verdaderamente son indirectas, pero siempre próximas ó eficientes de parto.

En cuanto á las causas remotas, ó predisponentes, han señalado muchas los autores. Unos han dicho que el grueso de la criatura, es lo que predispone al parto: otros, que la acrimonia de las aguas: otros, que la imposibilidad en que se halla el útero de adquirir mayor dilatacion: y otros han atribuido al feto las causas determinantes del parto, y la han fijado en la necesidad que tiene el niño de comer y respirar. Sin entrar en la apreciacion de los fundamentos de cada una de estas opiniones; baste decir, que es muy probable que consista en la dilatacion gradual de las fibras del cuello del útero; y la irritabilidad que á cierta época, mas que en

otra; debe producir el feto sobre las fibras del cuello.

Dando por sentado que las causas unas predisponen y otras determinan; veamos cuáles son los fenómenos que presenta el parto. Estos son cuatro, y son el dolor, la dilatacion del cuello, la formacion de la bolsa de las aguas, y el flujo de mucosidades sanguinolentas.

En cuanto al dolor, lo dividiremos conformes con la práctica, en preparatorios y espulsivos. Los dolores preparatorios son aquellos, que siente la mujer antes del parto; ellos de ninguna manera contribuyen á acelerar el trabajo; pero sí van disponiendo las partes para que se efectúe. Corresponden principalmente al primer tiempo ó periodo de dilatacion del cuello, y se hacen sentir en diversas partes del vientre; pero los mas notables son los que se hacen sentir en los riñones. La partera llevará su mano á esta parte, y la comprimirá con alguna fuerza, pues esto calma un tanto el dolor de la mujer. Los doleres espulsivos corresponden al

segundo tiempo del trabajo; esto es, al periodo de espulsion. El cuello del útero estando bastante dilatado, no opone casi resistencia á las fibras del cuerpo; y este comienza á contraerse de modo, que llega á espeler al feto. En estos dolores se siente la contraccion del fondo del útero, sobre el abdomen, y vienen acompañados de pujo. Todos ellos son mas ó menos uniformes, y dejan entre sí intervalos de reposo. Con todo, se nota en los espulsivos, que cuando son muy fuertes, se encadenan uno con otro de modo que estos intervalos de reposo disminuyen, y alguna vez sucede en las personas que han parido, que su parto es obra de un solo dolor.

La dilatacion del cuello, hemos dicho, que es otro de los fenómenos del parto. Con esta dilatacion comienza el segundo periodo del parto, podriamos decir que es el verdadero parto; pues aquí, como hemos dicho, comienzan á sentirse los dolores espulsivos. Cada dolor parece que aumenta la dilatacion del cuello, y el líquido contenido

en las membranas, se aglomera en el orificio uterino. Esta salida que hace el segmento inferior del huevo, se conoce con el nombre de formacion de la bolsa de las aguas. Si el dolor cesa, la bolsa se abate, y puede sentirse á través de ella, la parte del infante que se presenta. Durante el dolor el segmento inferior del útero, y el hocico de tenca, se sienten contraidos; pero luego que cesa, entran en estado de relajacion. En este estado de cosas, se arrojan mucosidades sanguinolentas, y es cuando se dice vulgarmente que la criatura ha coronado. Si no se presentaran tales mucosidades, bastaria tocar á la mujer para conocer que estaba en este periodo.

Pero siguiendo adelante las contracciones, se presenta el tercer periodo con la ruptura de la bolsa de las aguas. La mujer corrientemente comienza á temblar, ella se agita, y no tiene consuelo cuando se sienta, ni si está parada; su semblante se pone rojo, quemante, suda; en este estado se siente un deseo invencible de poner los músculos del abdó-

men en contraccion, secundando las contracciones uterinas y esta contraccion favorece la espulsion de la orina, y de las materias fecales. La muger se queja involuntariamente, y la partera siente el feto colocado en la excavacion. Si se detiene en este momento el parto, como que el cuello del útero está amoldado á la circunferencia que presenta la cabeza del feto, y esta deja un espacio sin estar comprimido, el cuero cabelludo forma pliegues, y despues un tumor en la parté que no está comprimida. Los dolores continúan, la cabeza se avanza hacia los grandes lábios, los separa poco á poco, comprime el perineo, lo levanta en forma de hemisferio, lo dilata en todas direcciones; de modo que esta region, que en el estado natural no tiene sino dos traveses de dedo de adelante á atrás; en este estado tiene mas de cuatro. Ella se pone muy delgada, y amenaza romperse: el ano está muy dilatado, de modo que deja percibir en algunas personas parte aunque pequeña, de la cara interna del recto. En fin, la cabeza se hace mas aparente, y cuando

la mayor parte del ovoide que representa, se encuentra fuera de la cavidad pelviana, se precipita: ó bien como sucede en las primíparas, los dolores se detienen, la cabeza no avanza, ellas se agitan, gritan, creen que se van á morir; pues entienden que no pasará adelante la cabeza; pero reapareciendo el dolor se dejan ver las diversas partes del feto, segun la posicion que ha traído.

En todo este tiempo, quiere decir, desde que comienzan los dolores preparatorios, se presenta como fenómeno constante las mucosidades, que en el lenguaje vulgar llaman frialdades ó limos, y estas se vuelven mas ó menos sanguinolentas; segun es la irritacion que tienen las partés por donde tiene que atravesar el feto; pero no es circunstancia precisa que sean sanguinolentas; pues muchas veces solo son mucosidades blancas las que se presentan.

Terminado el parto, comienza otro periodo que termina con la evacuacion de las secundinas. Por lo comun, despues de la salida del infante, una super-

ficie lisa puede ser sentida en el cuello uterino; es una prueba de que la placenta está separada de la superficie del útero. Al cabo de un cuarto de hora, de media, ó una hora; unas veces mas temprano, otras mas tarde; aparecen nuevas contracciones uterinas, que ordinariamente no son dolorosas. Despues de ellas salen muchos coágulos sanguíneos, y arrastran la placenta, que es arrojada con sus membranas hasta las partes externas de la generacion. Este último periodo de que he hablado, muchas veces falta; y la espulsion de las secundinas se hace inmediatamente despues del feto.

Luego que las secundinas son espelidas, el útero se contrae, y forma un globo ó tumor, como una cabeza pequeña, que se siente arriba del pubis. La mujer sigue arrojando sangre, y algunos coágulos. Esto, y los dolores que sufre al arrojarlos, indican contracciones aunque ligeras, del cuerpo del útero; y á estos dolores se les llama regularmente entuertos. Estos dolores vienen con mas ó menos frecuencia, y su

duracion es de algunos segundos. Suele suceder que duran muchos minutos, y aun se continúan con una metritis; pero por lo general estos dolores cesan en poco tiempo, aunque hay mujeres que los tienen hasta seis dias. El líquido que sigue saliendo al segundo dia, es sanguinolento, aumenta su color con la fiebre de leche, y pasado este tiempo, disminuye de color y consistencia; de modo que toma un aspecto mucoso: despues disminuye en cantidad; así es que, á los quince ó veinte dias en las primíparas, regularmente con la primera menstruacion en las multíparas termina; aunque hay otras que todavia lo conservan á los cuarenta dias.

La fiebre de leche es otro fenómeno que aparece despues del parto. Las mamilas, como hemos dicho, segregan en la preñez una poca de leche, que nunca es tanta que salga fuera del pecho: se necesita comprimir este órgano para hacer salir unas cuantas gotas; pero despues del parto, regularmente al tercer dia, los pechos toman una grande

actividad, que parece sustituir á la del útero durante el preñado, y se presenta una leche ligera, pero bien elaborada, á sustituir á la que habia el primero y segundo dia despues del parto, que era gruesa, amarillenta, de un sabor generalmente salado, conocida con el nombre de calostro. Si nada mas se presentara la leche como hemos dicho, la partera no tendria cuidados que dar á la parida; pero muchas veces la leche viene con tanta abundancia, que los pechos se ponen duros, se sienten como piquetes sobre su superficie, adquieren una gran sensibilidad, que se comunica á las glándulas vecinas del brazo, en donde se presentan verdaderos tumores blancos; sobreviene sed, hay cefalalgia (dolor de cabeza), frio y calor, y un sudor suave con, ó sin flujo de leche por el mamelon, viene á terminar esta especie de crisis. Vamos á ver cuál debe ser la conducta de la partera en todas estas circunstancias.

CAPITULO VII.

PRACTICA QUE DEBE SEGUIR LA PARTERA CUANDO ES LLAMADA A ASISTIR A UNA MUJER DE PARTO.

Luego que una partera es llamada para asistir un parto, lo primero que debe averiguar es el tiempo que lleva de sufrir la parturiente. Observará los dolores, á ver si son aquellos en que el útero se contrae, ó si son de los que fijándose en diversas partes del vientre, molestan á la mujer, pero sin procurar la espulsion. Estos dolores, que como hemos dicho, son propiedad del primer periodo, cualquiera persona que tenga práctica, los distingue de los espulsivos; pero haria muy mal la partera, que por esta simple vista, se diera por satisfecha, del conocimiento del estado de la parturiente; pues hay muchas mujeres que su sensibilidad es tal, que alarma á cualquiera, creyendo que se va á hacer el parto, y hay otras cuya sensibilidad mas obtusa que lo ordina-

rio, ó cuyo sufrimiento menor por mil circunstancias individuales, parece que nada sufren. Uno y otro estado pueden hacer que la partera equivoque su diagnóstico, creyendo en el primer caso que el parto ha comenzado ó está para terminarse; y en el segundo, que no es parto, ó que terminará despues de mucho tiempo. Para evitar en lo posible ambas equivocaciones, la partera introducirá el dedo en la vagina, y reconocerá el cuello del útero. Si todavía no ha comenzado el segundo tiempo del trabajo, ó segundo periodo, preguntará todas las circunstancias relativas al parto que se le confía; así es que, preguntará el tiempo que cuenta la mujer de preñez, desde qué época ha comenzado á contar, cuál ha sido el estado de salud en todo el embarazo, cuál la terminacion de sus partos si los ha tenido, y las circunstancias que los hayan acompañado, si ha habido partos de gemelos, en qué region del abdomen siente de preferencia los movimientos del feto, pues todo esto le servirá de regla para manejarse en el caso que va á tratar. Si los dolores son débiles y le-

janos, si no tienen alguna influencia sobre el orificio, ó si lo tienen es para comenzar su dilatacion, se limitará la partera á aconsejar el método ordinario que tenga la mujer; así es que, á la hora que tenga costumbre alimentarse, se alimentará; pero respecto de la clase de alimentacion, procurará la partera que sean alimentos suaves y de fácil digestion: en cuanto á las bebidas, sucederá lo mismo; agua, media leche, naranjada se le permitirá que beba; pero si estuviere acostumbrada á vino, pulque ú otra bebida fermentada, no hay inconveniente en permitírsele, si como vamos suponiendo, se trata de un parto natural. No sucederia lo mismo si la enferma fuere espuesta á hemorragias; pues como diré despues, se debe proscribir toda bebida de esta clase.

La partera procurará distraer á la enferma, particularmente si es nerviosa, ó si ha tenido otros partos aviesos. Les referirá algunos casos que haya asistido en circunstancias felices, y llamará su atencion sobre las causas que observe, puedan influir favoreciendo el parto.

De este modo se pasará el primer periodo del parto; pero si por la clase de dolores que nota, ó mejor por el reconocimiento que haga, cree que ha entrado la parturiente en el segundo periodo, esto es, en las primíparas, que el cuello se entreabra, y en las múltiparas, que el cuello esté abierto, la partera debe cuidar que todo lo que pueda necesitar en el acto, ó despues del parto, esté á la mano.

Para esto debe reflexionar la partera, que aunque muchas mujeres en sus partos anteriores hayan sido felices, esto no la exime de la responsabilidad que tendria, si se presentara un accidente imprevisto, tal como una hemorragia, convulsiones, la caida del cordon, un syncope etc. En tales casos, si la partera no tiene prevenido vinagre, aguardiente, agua caliente, manteca labada, mostasa etc., se perderán momentos muy apreciables y que muchas veces si se piden al tiempo necesario, ó son de difícil adquisicion, ó se tardan mucho en conseguirse, ya por el estado de aturdimiento en que entran las familias,

ya por otras causas que no serian difícil señalar.

Tambien se preparará un cordonete hecho de tres ó cuatro hilos de seda encerados, y la cama en que debe parir la parturiente. La costumbre mas general es, que la mujer para en el mismo lecho en que ha de permanecer despues del parto, haciendo de modo que medio lecho ocupe el lugar en que ha de parir la mujer, y medio en el que ha de quedar despues del parto. Por consiguiente, la partera colocará en el lugar en que ha de parir la mujer, una zalea, hule ú otro cuerpo, que no sea permeable al agua, pondrá encima una sábana doblada, y asegurada con alfileres al colchon, colocará las almohadas formando un plano inclinado, y allí situará á la mujer de modo que queden sus espaldas sobre las almohadas, la cabeza algo levantada, el vientre en estado de relajacion, los muslos y piernas doblados, y los piés fijos en el colchon. Situada de este modo, se le permitirá voltearse siempre que lo desee, y no se le exigirá que esté firme en aquella po-

sicion, sino cuando los dolores espulsivos se presenten.

La partera debe cuidar que el cuarto en que está la parturiente, tenga una buena temperatura, debe alejar las sustancias olorosas, que no tenga que necesitar; antes de colocar á la mujer en su cama, la hará orinar y exonerar al vientre. Si no tuviese gana de hacer esto la paciente, se le puede administrar una labatiba de malva, aceite de almendras y yema de huevo, ú otra tan sencilla como esta. Esto tiene el objeto de librar á la parturiente á la hora del parto, de la mortificacion de arrojar el excremento en la mano de la partera y á ésta el de recibirlo: en seguida se aflojarán los vestidos de la paciente. Algunas personas tienen la buena costumbre de tener ropa propia para tales casos; pero si se deja á la partera la eleccion, hará que vista la paciente unas enaguas de lana y un caracol; ó si no, una bata muy ancha sobre la ropa interior. Arreglado de este modo el vestido de la mujer, se subirá á la cama; pero antes de pasar adelante, examinaremos una cuestion,

que en la práctica es de algunas consecuencias.

X ¿Solo en esta postura debe parir la mujer, ó hay otras varias que pueden dársele? Las actuales parteras han llevado tan adelante el precepto de que es bueno que estén las parturientes acostadas, que no dejan moverse de esta postura á la infeliz que cae en sus manos. Es cierto que esta postura tiene sus ventajas; pero tambien tiene sus inconvenientes. Hay personas que se fatigan mucho estando boca arriba, hay otras, particularmente si son nerviosas, que se agitan y se revuelven en la cama de tal manera, que en algunas circunstancias pueden hacer cambiar la posicion del feto: esto no sucederá, si la partera obrando prudentemente, las hace pasear y descansar en sillas á propósito para el parto. Estas sillas son como las comunes denominadas de brazos, con solo la diferencia de que en el asiento está sacado un segmento semicircular, en donde coloca la mujer las partes genitales; de modo que estas quedan al aire, mientras que los muslos y asentaderas, quedan fijas en el asiento.

Sin examinar la posicion natural que tienen las parturientes en esta silla, y por imitar servilmente una práctica semejante á la francesa, se han proscrito estas sillas; que podemos llamarlas de la práctica mexicana: pero hoy que se difunden las luces en materia de práctica médica, se verá que es una preocupacion el proscribirlas: pues el parir sentada la mujer, tiene lo mismo que acostada, sus ventajas y sus inconvenientes; tiene ventajas respecto de la celeridad, y facilidad del parto; pues la posicion favorece su salida, y muchas veces he visto, que tratándose de operar á primérisas, por el tiempo que llevaban de trabajo, sin que este estuviera adelantado, con solo ponerlas en la posicion referida, ha adelantado el feto volviendo á aparecer las contracciones: tiene sus inconvenientes, porque en el caso de hemorragia, la mujer favoreceria este accidente con tal situacion. Por eso yo que aprecio en lo que vale la posicion acostada, la recomiendo; si fatiga á la mujer, si no está cómoda, la hago sentar para que lo esté; y si se trata de

primerisas, recomiendo desde el principio la práctica de sentada, sin por esto exigir que permanezca en ella la mujer: pues si se cansa la hago también acostar.

Si la mujer ó la partera eligieren este modo de parir, quiere decir, si usaren de la silla, se pondrá al lado de la cama de la paciente: una sábana cubrirá toda la silla por su parte interna; se pondrá detrás de la mujer una almohada para apoyar la región lombar, y la partera se colocará delante para inspeccionar las partes genitales cuando sea oportuno.

Pero volviendo á hablar de la posición mas comun, esto es, de la acostada en el segundo periodo del parto, debemos decir, que en cada dolor se colocará la mujer boca arriba, asegurando las manos en alguna persona, y fijando los piés, el izquierdo, en alguna persona que allí estuviere, que siempre hay personas de confianza de la parturiente, y el derecho sobre la partera; favorecerá el pujo si lo hubiere, y la partera podrá seguir los movimientos de la criatura; pues puede introducir el dedo cuando

lo crea conveniente; pero luego que vea que el parto va á terminar, ó mejor diré, luego que sienta á la criatura cerca del estrecho inferior, procurará sostener el perineo, contra cuyas paredes rematan los esfuerzos uterinos. En efecto, entonces comienza á dilatarse esta parte, y á adelgazarse tanto su tegido, que muchas veces se ha visto romper la cabeza, este punto; y la mujer tener sufrimientos muy prolongados: así es que, la partera colocará su mano derecha transversalmente sobre esta parte, viniendo á poner la horquilla de la mujer, entre sus dedos pulgar é índice; y sosteniendo con toda la mano, aquella parte en que sienta mas los esfuerzos de la cabeza del infante.

En todo este tiempo debe presentarse el tercer periodo, quiere decir; debe haberse roto la bolsa de las aguas. La partera examinará los lienzos en que hayan caido, verá si tienen mal olor, ó si vienen mezcladas con meconio; volverá á hacer otro registro para cerciorarse de la posicion, que debe haber reconocido desde antes de romperse la

bolsa; pero que se hará mas manifiesta entonces. Conocida bien la posicion, es fácil, si se detiene la cabeza en la escavacion, sea por falta de dolores, ó por alguna deformidad de la base, que el facultativo que sea llamado para aplicar el forceps, lo aplique con acierto, aun cuando él ya no pueda determinar la posicion. Por esta razon es de suma importancia y de mucha responsabilidad conocer bien la situacion que trae la criatura, pues la tumefaccion del cuero cabelludo, no dejará en algunas circunstancias conocerla, cuando la cabeza ha pasado á la escavacion.

La partera no deberá estar reconociendo á cada paso, haciendo toques inútiles; pero si dudase por cualquiera circunstancia, repetirá sus indagaciones hasta conseguir el objeto. Si la parturiente en este estado hiciera muchos esfuerzos para favorecer el parto, se le recomendará estar tranquila, y no aniquilarse con esfuerzos inútiles. Si los esfuerzos de la mujer valen algo, cuando son moderados, nada valen, y aun perjudican, cuando son escesivos.

Al terminar el parto como ya dije, el principal objeto de la partera es evitar la ruptura del perineo. Por regla general debe saberse, que mientras la cabeza baje con mas lentitud, menos espuesto está el perineo á romperse. Así es que, si se notare que la mujer hace muchos esfuerzos, á pesar de las recomendaciones contrarias, se le retirará todos los puntos de apoyo, que dijimos debia tener.

Si la mujer pariese en la silla, se sostendrá el perineo poniendo la mano de plano sobre él, con los dedos abiertos al lado del ano. Es evidente que de este modo la cabeza retrocede hácia la arcada del pubis, y se evita algunas veces el descenso muy rápido de ella. Cuando la cabeza ha salido, se sigue sosteniendo el perineo, pues muchas veces los hombros han causado la ruptura de esta parte, y en seguida se debe reconocer si el cordón viene enredado en el cuello: Si fuere así, se desenredará, y si estuviere fuertemente apretado se traerá con suavidad la estremidad placentar. Algunas veces luego que la cabeza sale, ter-

minan las contracciones uterinas, y el niño queda todavía dentro del útero: en este caso la partera debe aguardar un poco; pero si se detuviera más, hará fricciones con una mano en el vientre de la mujer, y con la otra sostendrá la cabeza del niño, evitando que la nariz y la boca no se tapen con los liensos, ó con el colchon de la madre, cuando pare acostada,

Luego que el niño ha salido, se colocará la partera entre las piernas de la madre é inmediatamente reconocerá arriba del pubis, haber si se siente el globo uterino, pues este es un indicio de que el útero se ha contraído, y que puede sin temor ligar el cordon, para separar el feto de la madre. Esta seccion se hará entre dos ligaduras y á dos traveses de dedo del ombligo. En seguida la partera, entregará el niño á otra persona, y ella se dirijirá á reconocer segunda vez el estado del útero. Si no han salido las secundinas se ocupará de una cosa que aunque proscrita por las actuales parteras, voy á recomendar con encarecimiento,

Nuestra práctica inmemorial, era en tales casos fajar el estómago ó mejor dicho, la region umbilical; y aunque en esto se han cometido grandes abusos, no voy yo á defender estos, sino la práctica solamente. Esta la creo muy racional, no solo porque he visto personas que no pueden pasarse sin ella; sino porque una persona cuyo vientre está ocupado por tanto tiempo, no puede salir de este estado, y pasar á otro de vacuidad tan completa; sin esponerse á grandes accidentes debidos á este violento tránsito. Para evitarlo, es de necesidad sostener las paredes del vientre, y esto se hace muy bien con un vendage ligero, ó medianamente apretado, segun lo tolere la mujer, pues á proporcion que es mas nerviosa, lo tolera mas apretado. De este modo se suspende lo que vulgarmente llaman latido; de donde vienen esas agitaciones y desasocios de algunas mujeres, que alarman muchas veces á una familia y á los mismos médicos.

Sostenidas como hemos dicho las paredes del vientre, y colocada la mujer

del lado; se aguardará la expulsión de las secundinas. Estas muchas veces salen inmediatamente al infante; pero si se detuvieren como sucede muchas veces, se aguardará un poco. Frecuentemente pasan una ó dos horas, se presentan algunos dolores, una contracción uterina, un ligero flujo de sangre, y la expulsión de las secundinas. Si se retardase algún tiempo más, hará la partera que se avise á un médico; ó hará lo que diremos en la segunda parte de esta obra, pero no estará haciendo toser ni estornudar, ó haciendo que haga esfuerzo la paciente.

Después de esto, en la práctica francesa se recomienda que se limpie inmediatamente con agua tibia y una esponja. Yo tampoco estoy por esta práctica. La mujer que acaba de sufrir, que está sudando, que sus partes genitales han sufrido una fuerte distensión; necesita reposo, calmarse, no recibir impresiones desagradables en ellas. Por esto aconsejo que se deje quieta á la mujer, pues de este modo descansará y cesará un tanto aquella agitación que

ha tenido: calmará el sudor, y con respecto á las partes genitales, prefiero nuestra práctica comun. Esta es introducir un lienzo delgado, mojado en aceite de almendras caliente; con esto siempre he notado que las mujeres sienten consuelo, y que en algunas que me he olvidado de ponérselo, me lo recuerdan.

Pasadas dos ó tres horas, algunas veces mas, en que la paciente por lo regular duerme un poco, se trata de mudarle la ropa y asearla. Entonces entra muy bien el labar exteriormente las partes genitales, con un cocimiento de malvas y rosa. Se mudará la ropa, se reconocerá el estado de la faja de la mujer, y se acostará en el lado de la cama que no está ocupado.

Dige arriba la situacion que debe tomar la partera, cuando la mujer quiera parir sentada: tambien hablé del modo de sostener el perineo, la recepcion de la criatura etc. El tratamiento de la madre es el mismo, con solo la diferencia de que terminado el parto, se tiene que pasar á la mujer á la cama. Si no

han salido inmediatamente las secundinas, se separará el niño de la madre, haciendo la ligadura del cordon del mismo modo que cuando pare la mujer acostada: se le atará el cordon á uno de sus muslos, y se le pasará á la cama en donde descansará un rato. Para pasarla, la tomará una persona de alguna fuerza de debajo de los brazos, y otra de los piés, que quedarán envueltos con la misma sábana ó frazada, que se echa en las piernas de la mujer cuando pare de este modo. Todo lo demas se hace igual que cuando pare acostada.

CAPITULO VIII.

DE LAS SECUNDINAS.

Manifesté hace poco, que si se tardaban las pares en salir, se deberia llamar al médico. Pero antes de ver lo que la partera debe hacer en este caso, es necesario decir lo que se entiende

por pares ó secundinas, y es todo aquello que queda á la mujer despues de salida la criatura. Segun esto, las secundinas comprenden la placenta, las membranas, y el cordon umbilical. Se nombran secundinas, porque se necesita una segunda espulsion para arrojarlas. La placenta se llama así por su figura, que es como una torta ó pastel; es una masa esponjosa y vascular, destinada á ser una especie de intermedio entre la madre y el infante, con el objeto de que sufra allí la sangre alguna alteracion, y se vuelva propia para la nutricion del feto. Los fisiólogos la consideran que ejerce una funcion semejante á la del pulmon del adulto. En efecto, allí se modifica la sangre del feto, de modo que cuando se interrumpe la comunicacion por una compresion del cordon, el feto no muere por congestion, sino que muere por asfixia, esto es, por sofocacion. Esta es la opinion mas general; pero como al feto no le entra ayre, debemos creer que lo que se interrumpe y sofoca al feto, es la sangre modificada en la placenta, encargada de llevar el

aliento y la vida á las partes del feto que toca; por esto se recomienda mucho en el parto se evite la compresion del cordon umbilical.

En la época del parto, la placenta tiene el aspecto de una masa blanda, celulosa, rojiza, vascular, de seis á ocho pulgadas de diámetro, y de una á una y media de espesor en su centro: disminuyendo graduadamente hácia su circunferencia. Está formada de globos, ó cotyledones, y revestida por su cara fetal por el corion y el amnios, y en su medio está inserto el cordon umbilical. La cara externa de la placenta, cara superior ó uterina, está cubierta por la caduca ó mucosa, útero epichorial.

Las membranas están divididas en la caduca, que pertenece á la madre; y en el corion y el amnios, que pertenecen al feto.

La primera es producida por el estado de escitacion que tiene el útero, despues del coito; aumentado con el producto de la concepcion. Es la misma mucosa uterina, que llevada á un grado de desarrollo extremo en los primeros

tiempos del preñado, se organiza rápidamente; pero despues va perdiendo en su desarrollo, hasta llegar á atrofiarse; terminando en una membrana, que algunos la han denominado anhista, por la pérdida de sus vasos y viniendo á desprenderse con la espulsion de la placenta. Consta de tres partes, que son, la membrana caduca uterina ó parietal, la caduca epichorial ó refleja y la caduca útero-epichorial. La caduca parietal tiene dos superficies, una externa que toca con el útero, otra interna que toca á la epichorial. Esta tiene tambien dos caras, una externa en contacto con la caduca parietal; otra interna que está en contacto con el chorion. La porcion de la caduca útero-epichorial, tiene igualmente dos caras; una externa que toca el útero; otra interna que toca la placenta.

Todas estas membranas, denominadas caducas, no son membranas distintas, sino porciones diversas de un todo, que resulta dividido por la interposicion del huevo, y de la placenta.

Las membranas correspondientes al

huevo son el corion y el amnios. La primera forma la cubierta exterior del huevo, tocando por su superficie externa la caduca ovular ó epichorial, y por la interna el amnios. La segunda, tiene como la primera, una figura ovalar, como que con la union del chorion, forma verdaderamente el huevo: por su superficie externa está en contacto con el chorion, y por la interna con las aguas del amnios. Despues de pasar ambas membranas por la superficie inferior de la placenta, ó mejor dicho, despues que concurren á formar la cara fetal de la placenta, le forman su cubierta al cordon umbilical, y ambas terminan en el anillo de este nombre, que se encuentra en el feto.

El cordon umbilical es una reunion de los vasos del feto y de la madre, que establecen la mas íntima relacion entre los dos. En efecto, ellos llevan la nutricion al feto, y conducen su sangre á la placenta, para allí sufrir los cambios necesarios, para mantener su accion, y por consiguiente la vida. El cordon umbilical, no solo se compone de estos

vasos, sino que contiene una sustancia gelatiniforme conocida con el nombre de gelatina de Warton. Este cuerpo gelatinoso, con su tejido celular correspondiente, y las arterias y vena umbilicales envueltas por las membranas corion, y amnios, es lo que forma el cordón umbilical. Las arterias son dos, y toman su nacimiento de otras arterias que hay en el vientre del feto, se prolongan á lo largo del cordón, describiendo numerosas flexuosidades, y se terminan en la placenta, formándola en parte con sus infinitas y pequeñísimas ramificaciones. La vena toma su origen de la placenta misma que constituye en union de las pequeñas ramificaciones arteriales. Las raicesillas venosas de cada porcion de la placenta, forman ramos, que todos se reúnen en la cara fetal de la placenta, para constituir el tronco venoso, que corre formando con las arterias todo el cordón umbilical, hasta llegar á esta abertura que está en el teto denominada abertura ó anillo umbilical: despues se descarga en las venas del vientre, estableciendo lo que se llama la circulacion fetal.

A la época del parto la longitud del cordon es de diez y ocho á veinticuatro pulgadas, y se nota que en cualquiera punto de su longitud que se haga la ligadura, ó seccion del cordon en el infante recién nacido; su separacion tiene constantemente lugar en el punto en que el epidermis se termina sobre los vasos umbilicales, y siempre en un punto mucho mas cercano al ombligo que el de la seccion que comunmente se hace.

Entendido bien lo que se llaman pares, debemos decir que en los partos naturales, vienen inmediatamente despues del niño; pero algunas veces se retardan en salir una ó dos horas, en cuyo caso se debe aguardar; pero pasado este tiempo, se avisará á un médico para que examine por qué no salen y haga lo conveniente. Entre tanto la partera examinará á cada paso los lienzos de la enferma para ver si se presenta flujo, y tocará tambien el vientre de la madre, particularmente si hubiere agitacion en la enferma; pues esto suele suceder cuando se derrama interiormen-

te la sangre, de modo que se establezca una hemorragia interna. Ambas cosas exigirían pronto la presencia de un médico: pero si no hubiere ningun accidente de estos, la partera tirará del cordon del modo siguiente: Tomará el cordon con la mano izquierda y lo envolverá en una toalla ó servilleta; de este modo afirmará el cordon, y en seguida dirigirá por él los tres dedos de la mano derecha, pulgar, índice, y medio; hasta el cuello del útero, entonces apoyándose sobre el pulgar, tira con los otros dos dedos el cordon, en la direccion del eje del estrecho superior; de este modo, conseguirá fácilmente la salida de la placenta, si está ya separada del útero. Este es el modo de tirar con éxito del cordon, y no como tiran actualmente las parteras, las que se enrollan la punta del cordon en los dedos índice y medio, y tiran desde afuera, lo que de ninguna manera hace desprender la placenta, pudiendo ademas romper el cordon.

El modo de tirar el cordon que he descrito, se queda para cuando falte mé-

dico, ó estén las secundinas abocándose por decirlo así, al cuello del útero. Cuando esto no es así, la partera dejará su estraccion al médico que debe buscarse como dije arriba.

Luego que salen las secundinas, las examinará la partera cuidadosamente, para ver si hay alguna alteracion en ellas, ó si han salido completas.

Salidas las secundinas, ya dije lo que se debia hacer con la madre, respecto de la aplicacion de un lienzo con aceite, y en seguida se le pondrá entre los muslos un lienzo grande y limpio, en que se reciba la sangre, ó líquido sanguinolento, y se le prescribe á la enferma su régimen de alimentos y medicamentos. El primero consiste en una dieta líquida de atole ó caldo, en los dos ó tres primeros dias que tarda en presentarse la leche. El segundo en tomar una tisana sencilla de raiz de althea, de linaza ú otra planta emoliente, endulzada bastante para que pueda tomarse varias veces en distintas ocasiones. Si la mujer se quejare de dolores en el vientre, conocidos con el nombre de entuer-

tos, será bueno untarle un poco de aceite de beleño, ó pomada de belladona.

A las veinticuatro, ó cuarenta y ocho horas; algunas veces mas tarde, se presenta la calentura de la leche. La partera continuará el método alimenticio y medicinal, que hemos mencionado sin variar absolutamente en nada.

En los partos de que voy hablando, un dia á lo mas dura este estado febril, que cede naturalmente presentándose en los pechos una leche abundante, que muchas veces escede las necesidades de la criatura. Los pechos se recargan de leche, se ponen voluminosos, se presentan tumores en las axilas, y si se abandona este estado de la mujer, volveria otra vez la fiebre. Para evitar este accidente basta untar una poca de manteca con unas plumas, para no lastimar á la paciente. Si fuere de aquellas personas, que por lo general tienen poca leche, ó que se les contiene facilmente, será mejor hacer que las mame otra criatura, pues así no hay temor que la leche se retire.

La parida continuará en la cama de

cinco, á ocho dias; en cuyo tiempo la partera continuará manteniendo la limpieza, que hemos dicho debe haber en las partes genitales, labando diariamente estas partes con un cocimiento de rosa y malbas. Pasada la fiebre de leche se les dará mas alimento, que consistirá en sopas, un cuarto de pollo ect. En general se le permitirá alimentos de fácil digestion.

Los primeros dias de levantada la mujer, no se le permitirá andar; sino por las piezas de la casa que estén abrigadas, pues de lo contrario se suelen presentar dolores de piernas, y otros accidentes mas graves.

A los doce ó quince dias se le prescribirá un baño, y se le recomendará los continúe, y que siga observando un método sencillo de alimentos.

CAPITULO IX.

DE LO QUE DEBE HACER LA PARTERA
CON EL INFANTE RECIEN NACIDO.

Luego que la partera termina con la

madre, y queda asegurada que ningun accidente le acontece, volverá con el infante, á quien como ya dije, debe haberle ligado el cordon y entregádoselo, mientras atiende á la madre, á una persona de cuidado que allí hubiere. Lo tomará entre sus manos, y empapando un lienzo en un poco de aceite de almendras caliente, á una temperatura que no perjudique al niño, untará todas sus partes, para ablandar de este modo el sebo de que vienen cubiertos. Pasada esta uncion, que desde luego quitará toda suciedad al niño; se lavará con agua y jabon. Al salir del baño, lo cargará la partera y envolverá en un lienzo seco, y lo colocará un poco de tiempo sobre sus piernas. Lo secará muy bien, reconocerá las aberturas naturales: como la boca, el ano, las narices, las vías urinarias etc. Tambien reconocerá los dedos de manos y pies, que algunas veces salen unidos. Notará si hay algun tumor ó vicio de conformacion. Si hubiere la partera notado alguna cosa de estas, no dará parte á lá madre; sino que lo avisará á la familia para que se avise á un médico.

Si no hubiere cosa que notar en el niño, envolverá el cordón en un lienzo cuadrado, hendido hasta su medio, en donde lo colocará y envolverá doblando las puntas, para formar con ellas una especie de cojín, que impida lastimarlo al aplicarle el fajero. Este es una especie de venda como de una vara de longitud, de tres dedos de ancho. Y procurará la partera que no esté adornada en sus bordes, pues cuando está de este modo, puede lastimar al niño. Aunque esta venda pudiera fijarse con un alfiler, siempre sería espuesto que se picara el infante; por esta razón es mejor la práctica actual, que consiste en terminar esta venda ó faja en dos cintas delgadas y pequeñas, para con ellas asegurarse la faja. En seguida vestirá al niño, llevando por regla general la sencillez, y que puedan moverse sus miembros libremente. El actual vestido que se aplica á los niños, es bastante bueno, porque reune ambas condiciones. Podría mejorarse substituyendo á las mantillas y pañales, unas enaguas largas blancas y otras de franela, que sien-

do mas prontas en su aplicacion, reunen la facilidad en aplicarse; pues como se nota varias veces, no todas las parteras saben aplicar el vestido actual, ni otras personas encargadas de esto.

Acabando de vestir al niño se colocará al lado de la madre, haciendo que esta, luego le dé el pecho, con el objeto de hacer arrojar al niño el meconio, y las mucosidades de que está lleno; y á la madre comenzar á desahogarle el pecho, que por esta falta se le suele cargar y muchas veces formársele grietas.

Hecho todo esto, la partera se retirará y volverá diariamente á hacer unos labatorios á la madre para mantenerla limpia, y á ver el ombligo del niño que por lo regular el cuarto ó quinto dia se desprende espontáneamente, sin dejar ulceracion de ninguna clase. Pero si esto sucediere, se pondrá en la pequeña ulceracion un poco de algodón, ó si supurare mucho, una hila con cerato.

CAPITULO X.

DEL MECANISMO DEL PARTO NATURAL.

De intento he dejado al último de la parte fisiológica hablar del mecanismo del parto natural, con el objeto de que se fijen en su estudio las parteras, para evitar en lo posible los errores á que daria lugar la ignorancia, en esta parte la mas importante del parto.

He seguido en este mecanismo á Cazeaux, con el objeto de que se uniformen en esto las parteras con los médicos; pues no podrian entenderse, si aquellas supieran una nomenclatura diversa de la que conocen estos, para espresar el mecanismo y otros puntos que á él se refieren.

Primeramente deben saber las parteras, que la situacion del feto en el vientre de la madre, es encorbada hácia su plano anterior. La cabeza la tiene doblada sobre la parte anterior del pecho, el tronco encorbado hácia adelante, los brazos junto á las costillas, los ante-bra-

zos y las manos dobladas y cruzadas por delante del pecho, los muslos levantados sobre el vientre, las piernas sobre los muslos, y algunas veces cruzadas, de suerte que cada talon está por delante de la asentadera opuesta y los piés fuertemente doblados hácia la parte anterior de las piernas. Resulta de esta posición, que el feto así pelotonado, tiene una forma ovoide cuya pequeña estremidad corresponde á la region occipito-parietal, y la mas gruesa corresponde á las asentaderas. Por lo general la estremidad cefalica es la parte mas baja, ó la estremidad que se presenta al estrecho superior de la madre; pero puede suceder que bajo la influencia de causas, que no es del caso aquí apreciar, se presente cualquiera otra parte del feto; así es que, la estremidad cephalica, la estremidad pelviana, una de las partes del tronco etc., pueden presentarse al estrecho superior.

En segundo lugar, y suponiendo que esto es así, es de la mayor importancia conocer las diversas posiciones, y presentaciones del feto; antes de pasar á

indagar el mecanismo que sigue, al separarse del vientre de la madre. Para esto debemos saber, que no es lo mismo posición, que presentación; que la una quiere decir la situación relativa de las partes de la cabeza del feto, con los diversos puntos del estrecho superior de la madre: que la otra indica la region que presenta el feto, al orificio del útero, ó mejor al centro del estrecho superior. Pues bien, la posición de la cabeza en el estrecho superior, puede ser de dos maneras: ó tocando el occipucio el lado izquierdo, ó el derecho de la madre, resultando dos posiciones primitivas. Estas pueden tener tres variedades; una anterior, ú occipito-iliaca izquierda (ó derecha,) anterior; otra transversa ú occipito-iliaca izquierda (ó derecha), transversal; y otro posterior, ú occipito-iliaca izquierda (ó derecha), posterior.

La cara es otra parte que puede presentarse al estrecho superior; pero siendo aquí al contrario de las posiciones de la cabeza, que la posición derecha se presenta mas veces que la izquierda, se

le ha dado el nombre de primera á la derecha, y el de segunda á la izquierda. En estas posiciones el punto de partida que toma Mr. Cazeaux, es la barba con respecto al feto; y con respecto al estrecho, los mismos de que he hablado. Segun esto, la cara puede presentarse con la barba á la derecha ó á la izquierda, en cuyo caso la posicion será mentoiliaca derecha ó izquierda; pero como la barba, ó puede estar hácia la parte anterior, media, ó posterior, resultan las posiciones derechas, ó izquierdas, mento-antérieures, transversas y posteriores.

Como el feto puede presentarse por la extremidad podalica, y esta pueda estar á la izquierda ó la derecha, resultan dos posiciones con las mismas variedades; anterior, transversa, y posterior. Aquí el punto de partida en las presentaciones, es el sacro para la presentacion de las nalgas: las tibias para la presentacion de las rodillas: y los talones en la presentacion de los pies. En el lado izquierdo de la madre se tienen las primeras posiciones, por ser las mas frecuentes, y en el derecho las segundas:

así es que diremos, que es primera posición la sacro-iliaca izquierda y que esta tiene tres variedades, anterior, media, y posterior, según el sacro está en una de estas partes. Diremos que es segunda posición la sacro-iliaca derecha, y que tiene lo mismo que la anterior tres variedades.

En cuanto á la presentación de las rodillas, también diremos que estas ven á la parte anterior, media, y posterior de la madre, cuando están en el lado izquierdo ó derecho, de adonde resultan las posiciones tibio-iliaca izquierda anterior, media, y posterior; y las tibio-iliaca derecha anterior, media, y posterior si las tibias ven al lado derecho de la madre.

La presentación de los pies ofrece las mismas posiciones, y variaciones que las otras; por consiguiente y tomando por punto de partida el talón, diremos que es primera posición la calcaneo iliaca izquierda, y que tiene tres variedades, anterior, media y posterior: que es segunda, la calcaneo iliaca derecha, la que ofrece tres variedades lo mismo,

que todas las posiciones de que hemos hablado; segun los calcañales toquen, ó la parte posterior de la cavidad cotyloide, ó la parte media del hueso iliaco, ó la symphysis sacro-iliaca.

Tambien las diversas partes del tronco pueden presentarse al orificio uterino, y por consiguiente variar las posiciones del feto: aquí la cabeza es el punto de partida que debe guiar, para saber la posicion, pues ella puede estar á la izquierda, ó á la derecha, formando las dos posiciones primitivas; y estar anterior, transversal, ó posteriormente situada, de donde resultan las variedades de que vamos á hablar. Cephalo iliaca izquierda anterior, será la primera variedad del lado izquierdo, y la cabeza corresponderá á la parte posterior de la cavidad cotyloide izquierda. Cephalo-iliaca izquierda transversal será la segunda variedad, cuando la cabeza corresponde á la parte media del Yleon. Cephalo-iliaca izquierda posterior será la tercera variedad, y la cabeza verá á la symphysis sacro-iliaca izquierda. Lo mismo pue-

de decirse del lado derecho, de modo que la posición en general será cefhaloiliaca derecha, y sus variedades serán anterior, transversa y posterior,

Conocidas las posiciones del feto, veamos qué mecanismo sigue para presentarse al exterior.

ARTICULO 1.^o—DE LA SALIDA DEL FETO
AL ESTERIOR EN LAS POSICIONES DE
LA CABEZA, POSICION OCCIPITO-
ILIACA IZQUIERDA ANTERIOR.

Para explicar esta posición que nos servirá de ejemplo para algunas de ellas, debemos considerar al feto en el estrecho superior, con el occipucio tocando la parte posterior de la cavidad cotyloide izquierda y la frente viendo la symphysis sacro-iliaca derecha. La cabeza quedaria inmóvil en esta posición le seria muy difícil al feto franquear el estrecho superior, porque el diámetro occipito-frontal, que tiene de cuatro pulgadas, á cuatro pulgadas un cuarto,

se encuentra en relacion con el diámetro oblicuo de la pelvis, que tiene cuatro pulgadas y media; y un cuarto de pulgada no compensa el espesor del cuero cabelludo, de las paredes de la matriz, y de las partes blandas que rodean el contorno de este orificio. Por otra parte, el cuello del útero muy poco dilatado para darle paso, le opone un obstáculo nuevo que no puede sobrepujar la cabeza del feto, sino colocándose en posicion mas favorable. Siempre empujada por las fuerzas uterinas cuya resultante pasa por la parte mas elevada del occipital, cerca de la mollera posterior, y obligada á ceder á la impulsión que le es dada, se disloca sobre las partes con quienes está en contacto, y hace que la barba toque sobre el pecho. Todo esto se hace de un modo progresivo, cuyo movimiento se llama de flexion.

Cuando se toca la mujer antes que el trabajo haya comenzado, ó al principio del trabajo en el intervalo de los dolores, se encuentra la mollera anterior, y los dos brazos de la sutura coronal,

presentes al orificio del cuello uterino. Es muy fácil entonces notar, que la sutura parietal ó sagital, está en la misma direccion que el diámetro oblicuo del estrecho superior, En cuanto á la mollera posterior, y á la sutura lambdoidea no se pueden tocar; sino separando fuertemente el rededor del cuello úterino.

Pasados algunos dolores se advierte, que la mollera posterior tiende á ponerse en relacion con este mismo orificio; se reconoce á poco la sutura lambdoides; se nota que la sutura sagital se dirige hácia arriba, haciendo que suba tambien la mollera anterior, para ponerse enfrente de la symphysis sacro-iliaca derecha.

Por último; si se practica el traqueo poco despues, se siente la mollera posterior, y los dos brazos de la sutura lambdoides, que se presentan al orificio del útero: de que se infiere el movimiento de flexion que ha hecho el feto. La sutura sagital y la mollera anterior, están elevadas de tal modo, hácia la symphysis sacro-iliaca derecha, que es incapaz tocar particularmente esta última, sin

tener que introducir toda la mano en la matriz.

Entonces la cabeza se encuentra en la posición mas favorable para vencer, no solo el estrecho; sino las paredes de la escavacion. En efecto, el diámetro que se pone en relación con el oblicuo de la pelvis, es el occípito-bregmático; que tiene como sabemos tres pulgadas y media á tres pulgadas tres cuartos.

Si la cabeza bajara en esta posición, podría hacerse el parto; pero teniendo que recorrer paredes de bastante extensión, hasta tocar la plancha de la base; sucedería que se enderezaria la cabeza, y volveria á presentarse el diámetro occípito-frontal, á los diámetros oblicuos, ó mejor dicho, transversos de la base. Esto seria un gran inconveniente por ser desproporcionados estos diámetros; pero al tiempo de bajar el occipucio en esta dirección, encuentra el plano inclinado lateral-izquierdo anterior; la frente, el plano inclinado lateral derecho posterior: estos dos planos, cuya inclinación está en sentido inverso, arrojan la cabeza por su plano posterior, hácia

el arcada del pubis, y la mollera anterior y sutura sagital, hácia la concavidad del sacro, transformando su posición oblicua, en posición directa, y haciendo que haga la cabeza un octavo de círculo, ó mejor dicho que ande una octava parte de la circunverencia de la escavasion, por lo que se llama este movimiento de rotacion.

Si entonces se toca á la mujer, se encuentra la mollera posterior abajo de la symphysis pubiana, la sutura sagital se dirige de adelante á atrás, y la mollera anterior corresponde á la concavidad del sacro: de modo que el diámetro bi-parictal se encuentra en relacion con el transverso, del estrecho inferior: el occípito-bregmático con el anterior del estrecho inferior, y la circunferencia de este nombre, con la circunferencia de el estrecho que tiene que atravesar.

No deteniendo ningun obstáculo á la cabeza en el estrecho perineal, en fuerza de las contracciones uterinas, toma el occipucio un punto de apoyo en la arcada pubiana, y haciendo un arco de círculo comienza á desprenderse poste-

riormente la mollera anterior, la frente, la nariz, la boca y la barba; haciendo en todo esto un movimiento de estension.

Luego que la barba aparece, la cabeza viene lentamente á la situacion oblicua, que tenia en el estrecho superior; y este movimiento se ha denominado de restitution. Este movimiento encuentra su esplicacion en que las escápulas, han continuado en la situacion oblicua que tenian: la columna cervical ha sido torcida sobre sí misma; pero esta torcion no puede subsistir, sino mientras subsisten las causas que la han promovido, así es que, luego que sale la cabeza, la columna cervical vuelve mecánicamente sobre sí misma.

De todo esto se infiere que la cabeza para franquear la base, ejecuta cuatro movimientos que son: de flexion, de rotacion, de estension y de restitution. Estos movimientos son los mismos en el tronco, esceptuando el de flexion: en efecto, véamos el modo de salir el tronco, desde el estrecho superior. Los hombres se meten oblicuamente en el estrecho superior, uno despues de otro, sien-

do el izquierdo el que entra primero, debido al movimiento de rotacion que ha hecho la cabeza; pues con este movimiento queda mas distante de este hombro, y lo tira primero que al otro. Choca á primera vista que el diámetro bis-acromial que tiene cinco pulgadas; siga la direccion del diámetro oblicuo, que por lo regular tiene cuatro pulgadas y media; pero esto sucede; porque los hombros con las contracciones uterinas, se inclinan hácia la parte anterior del pecho: Todavía en esta situacion no podrian pasar los hombros por el estrecho inferior, si antes no tocaran el hombro izquierdo, el plano lateral izquierdo: y el hombro derecho, el plano lateral derecho de la escavasion: esto los hace verificar un movimiento de conversion, en el que el frente vé hácia el lado derecho, el lado izquierdo, hácia la escavasion, el plano posterior. hácia el lado izquierdo y el lado derecho hácia la symphysis pubiana; de modo que el diámetro bis-acromial ya reducido, como hemos dicho; viene á ponerse en relacion con el diámetro coxipubiano que como todos sa-

ben, puede tener cinco pulgadas de estension.

La matriz continuando á contraerse sobre el feto, hace que el hombro derecho se fije bajo la symphysis pubiana; el hombro izquierdo tomando su punto de apoyo sobre el derecho, avanza en la excavacion, y llega á presentarse el primero en la comisura posterior, despues de haber franqueado el estrecho inferior. En seguida sale el hombro derecho, y no habiendo otro diámetro fetal de igual estencion á los diámetros del estrecho interior; sino que siendo todos mucho menores, sigue el resto del cuerpo saliendo en la direccion oblicua, y haciendo que las escápulas hagan un movimiento de restitution.

De todo lo dicho podemos sacar las consecuencias que siguen: 1.^a En todas las posiciones de la cabeza que siguen un curso natural, el occipucio es el primero que franquea el estrecho inferior. 2.^a En las posiciones de la cabeza, la escápula y la cadera que están en la parte posterior, son las primeras que franquean el estrecho inferior presentándose igualmente al exterior.

POSICION OCCIPITO-ILIACA DERECHA ANTERIOR.—El objeto que llevo al hablar de esta posicion antes que de las otras variedades de la posicion occipito-iliaca izquierda, es que casi es el mismo mecanismo el de la occipito-iliaca izquierda anterior, que la posicion occipito-iliaca derecha anterior; con solo la diferencia, que el occipucio estando á la derecha en el movimiento de rotacion, se mueve hácia la izquierda para ir á buscar la arcada del pubis; y el movimiento de restitution se hace hácia la derecha, para volver á colocarse la cabeza en la misma posicion que tenia en el estrecho superior. Asi es que al bajar el feto sigue el mecanismo siguiente.

Despues que hace el movimiento de flexion de la barba sobre el pecho, gira hácia la izquierda, en cuyo movimiento el occipucio se pone bajo la arcada de los pubis. Como siguen las contracciones interiores, se desprende el feto, apareciendo sucesivamente el occipucio, la mollera posterior, la sutura sagital, la mollera anterior, por último el coro-

nal y la frente; con lo que se verifica el movimiento de extension. En seguida vuelve la cabeza á restituirse á la misma línea de donde habia partido, por el movimiento que en sentido inverso de la otra posicion, hacen las escápulas; con lo que se queda hecho el movimiento de restitucion.

SEGUNDA VARIEDAD IZQUIRDA, POSICION OCCIPITO-ILIACA IZQUIERDA TRANSVERSAL.—En esta posicion el occipucio toca la porcion iliaca del hueso Yleon, la frente ve á la otra region iliaca, ó iliaca derecha. El diámetro transversal es paralelo al diámetro antero-posterior de la pelvis. En esta posicion al descender el feto sigue el mecanismo siguiente,

Flexion de la barba sobre el pecho: rotacion del occipucio hácia la parte anterior del pubis ó arcada del pubis: salida ó movimiento de extension de la cabeza: restitucion de la cabeza á la línea de donde partió.

La segunda variedad derecha ú occipito-iliaca derecha transversa sigue el mismo mecanismo que la variedad de

que acabo de hablar, sin mas cambio que el movimiento de rotacion, se hace en aquella á la izquierda, y en esta á la derecha.

MECANISMO DEL PARTO EN LA POSICION OCCIPITO-ILIACA IZQUIERDA POSTERIOR Ó VARIEDAD TERCERA, IZQUIERDA DEL OCCIPUCIO.—La cabeza en virtud de las contracciones de la matriz, y resistencia del cuello; así como de las demas partes blandas que rodean el estrecho superior, ejecuta un movimiento de flexion. Por consecuencia de este movimiento de flexion, las relaciones de los diámetros se mudan; así es que, primero presentaba la cabeza al estrecho superior, la circunferencia Occipito-frontal y ahora despues de este movimiento es la circunferencia Occipito-bregmática la que se presenta. Como esta circunferencia solo tiene diez pulgadas y media, mientras que la de la base pasa de dose pulgadas: descende con facilidad el feto á la excavasion; pero aquí los planos laterales de la pelvis se oponen á este descenso oblícuo. Esto, y la facilidad que encuentra la cabeza en co-

locarse en la excavacion del sacro, hace que la cabeza haga el segundo movimiento de rotacion; pero aquí la cara queda en relacion con la symphysis pubiana, lo que demora la marcha de la cabeza, pues el occipucio presentaba una superficie arredondada y lisa que facilitaba la progresion, y ahora se presenta una superficie llena de eminencias que la vuelven escabrosa, y por tanto difícil, que en ella se haga una progresion rápida. Por otra parte fijada la frente detrás de la symphysis pubiana, y dirigiéndose todos los esfuerzos uterinos en direccion del ege del estrecho superior, todo el esfuerzo viene á sentirse en la parte posterior de la cabeza, que queda en la escavacion; y en efecto, esta parte es la que se siente bajar hácia el perineo, en donde se presenta una gran tumefacion, y aun amenaza romperse, si no se sostiene convenientemente. La frente sube un poco por detrás del pubis como si hubiera un movimiento de flexion, y aparece la mollera anterior, detrás del pubis, mientras que el occipucio sale por la

comisura posterior. Entonces fijándose en esta parte, vuelve á aparecer la frente, la nariz, la boca, y todas las partes de la cara sucesivamente, haciéndose el movimiento de estension hácia atrás, y siguiendo en lo demas lo mismo que en la primera posicion.

Se infiere de lo dicho, que en todas las posiciones de la cabeza, que el occiput está atrás, atraviesa la hilera de la base, ejecutando un movimiento de flexion forzada, ademas de los otros cuatro movimientos de que hemos hablado. 2º Que este movimiento, lo mismo que el de rotacion, se hace en la escavacion pelviana.

El mecanismo que acabo de describir, es igual en las dos variedades posteriores, ó como se decia anteriormente en las posiciones occipito sacro-iliacas; pero las dificultades se aumentan en la posicion sacro-iliaca izquierda, pues la presencia del intestino recto, disminuye la estension del diámetro oblicuo derecho, y por consiguiente la escavacion en el mismo sentido; así es que los movimientos de flexion y de rotacion, se ha-

cen mas difícilmente. Sucediendo lo mismo en esta posicion, que en la primera variedad occipito-iliaca derecha anterior que dije, que sus dificultades mayores respecto de la variedad occipito-iliaca izquierda anterior, provenian de esta disminucion del diámetro oblicuo.

De todo lo dicho podemos concluir con las proposiciones siguientes: En todas las posiciones de la cabeza, es necesario asegurarse como punto de partida, la situacion que ocupa la mollera posterior, para proceder en seguida á la indagacion de los otros caracteres distintivos. 2.^a Tener presente que hasta no haber encontrado todos, no se puede establecer el diagnóstico de la posicion, sin temor de cometer errores groseros, y algunas veces fatales para la madre y para el infante.

ARTICULO 2º.—CARACTERES DESTINATIVOS Y MECANISMO DEL PARTO NATURAL EN LA POSICION DE LA ESTREMIDAD PELVIANA.

La relacion que la extremidad pelviana guarda con el estrecho superior, varia segun se presenta el asiento, las rodillas, ó los pies á la escavacion, ó mejor, al centro del estrecho superior. Así es que, en esta posicion puede suceder que la extremidad pelviana compuesta de todos sus elementos, ó mejor dicho; reunidos sobre la parte inferior del vientre, se meta en la escavacion, y aun en el estrecho inferior; 2º, que los miembros inferiores al momento que se rompen las membranas, sean arrastrados por el chorro del líquido amniótico, y se desdoblen en totalidad, ó en parte, llegando en el primer caso los pies, y en el segundo las rodillas al exterior. 3º, que los miembros inferiores estando estendidos y levantados sobre el plan anterior del feto, el asiento descienda solo; 4º, que un solo miembro inferior

esté estendido, quedando el otro en la parte anterior del feto; y por consiguiente presentándose uno solamente á la vulva: pero no siendo sino una modificacion, que en nada cambia el mecanismo del parto todas estas variedades, las confundiremos en una misma.

Los puntos de partida en estas posiciones son para el asiento, la cara posterior del sacro: para las rodillas la parte anterior de las tibias: y para los pies el calcaneo. Pues bien, el sacro, lo mismo que las tibias, y el calcañal, pueden tocar todos los puntos del estrecho superior; pero Cazeaux las reduce á tres variedades de cada lado, lo mismo que en las posiciones de la cabeza. De modo que podemos decir que la estremidad pelviana del feto, puede presentarse á izquierda, ó á derecha del estrecho superior de la pelvis de la madre, de adonde resultan dos posiciones, una sacro-iliaca izquierda, otra sacro-iliaca derecha; y ambas pueden tener tres variedades, una anterior, otra transversa y otra posterior. Esto mismo podemos decir respecto de las otras presentacio-

nes de la extremidad pelviana; así es que, las tibias pueden presentarse á izquierda ó derecha, resultando dos posiciones tibio-iliaca izquierda, y tibio-iliaca derecha: y ambas pueden tener tres variedades; una anterior, otra media, y otra posterior.

Aplicadas las mismas reglas á la posición de los pies, tenemos las posiciones calcaneo-iliacas izquierda, y derecha con tres variedades, anterior, media y posterior. Sabida la denominación de las posiciones de la extremidad pelviana, vamos á ver el mecanismo que sigue el feto, al salir al exterior cuando presenta cada una de las posiciones referidas.

MECANISMO DEL PARTO NATURAL EN LA POSICION SACRO-ILIACA IZQUIERDA ANTERIOR (PRIMERA DE CAPURON).—Antes de la rotura de las membranas, el feto está como recogido hácia la parte anterior, pues la cabeza se presenta doblada ligeramente sobre el pecho, los brazos aplicados sobre los lados de esta cavidad, los antebrazos sobre la parte anterior de esta cavidad, y los miembros

inferiores doblados sobre la parte anterior del abdomen. Respecto de su situacion, como el sacro toca la parte posterior de la cavidad cotyloide izquierda, el diámetro sacro-pubio del feto corresponde al diámetro oblicuo izquierdo de la madre: el bis-iliaco del feto es paralelo al oblicuo derecho de la madre; el dorso del feto ve la parte anterior é izquierda de la misma; el plano anterior de aquel ve hácia la derecha y atrás, el lado izquierdo adelante, el lado derecho atrás.

Se reconoce esta posicion por la presentacion de un tumor arredondado, muy voluminoso, liso, resistente, que se parece mucho á la cabeza; pero si se dirige el dedo hácia arriba y hácia atrás, como para reconocer la sutura sagital, se nota un sulco que es la separacion de las nalgas, en cuyo fondo están los signos mas importantes; y son, atrás, la punta del coccyx; adelante, el ano, que desde luego no dejaria duda de la posicion, si pudiera introducirse fácilmente el dedo; pero esto generalmente no sucede por el estado de contraccion en

que está: así es que, muy raras veces puede introducirse el dedo sin un esfuerzo, que debe evitar la partera por temor de equivocarse: despues se tocan las partes genitales, que se distinguen fácilmente. La punta ó salida del coccyx, es no solo un signo cierto de la presentacion, mas ella sola puede servir para fijar la posicion: pues como la suponemos siempre, opuesta al dorso del infante, basta encontrarla para saber la situacion del dorso, y por consiguiente del sacro, que es el punto de partida para fijar su situacion.

Sabida pues la posicion del feto, veamos el mecanismo que sigue en su salida. A medida que las contracciones adquieren mas fuerza y energía, las nalgas descienden poco á poco: la izquierda dislocando sobre la cara interna del agujero sub-pubio, y la derecha por delante de las partes que se encuentran colocadas sobre el cuarto posterior izquierdo de la base. Llegada al estrecho inferior la base, ejecuta un movimiento de rotacion que lleva la cañera izquierda adelante, y la derecha atrás.

La cadera izquierda ó anterior, se mete arriba del brazo ischio pubis derecho, y se muestra á través de la vulva; pero por lo general la cadera derecha ó posterior, se avanza poco á poco describiendo un arco de círculo teniendo por centro la cadera anterior, y recorriendo toda la cara anterior del perineo, viene á desprenderse la primera por delante de la comisura posterior, mientras que la otra queda casi inmóvil en la parte superior de la arcada del pubis.

Mientras que se opera este movimiento de desprendimiento del asiento, se dobla sobre su lado anterior el tronco del feto, que se encuentra muy introducido en la escavacion, de modo que representa un eje de concabidad anterior, igual al que espresa el eje de la base.

A medida que la nalga derecha se aproxima á la comisura posterior de los grandes labios, y el asiento se mete por su abertura, la línea bis-iliaca del feto, que habia franqueado el estrecho inferior en una posición un poco diagonal, se coloca en una posición completamente ántero-posterior, para acomodarse al

diámetro longitudinal de la vulva: sin embargo, esto no es constante, y muchas veces el asiento conserva su posición diagonal. Los muslos fuertemente aplicados sobre el vientre del feto, comienzan á descubrirse. Durante este movimiento, el tronco amoldándose á la dirección del eje pelviano, se encorva fuertemente sobre su lado anterior.

El movimiento de rotación que describen las caderas cuando llegan al estrecho inferior, puede ser parcial ó total de todo el tronco. En el primer caso no ha podido operarse, sino con la ayuda de un cierto grado de torsión de la columna lombar, y entonces luego que se desprende la base, experimenta un movimiento de restitución, que le hace recobrar su posición primitiva.

Luego que las caderas se desprenden, se mete el pecho en la escavación; los brazos quedan siempre aplicados sobre la parte anterior del pecho, las escápulas llegan bien pronto al estrecho inferior, siempre colocados en posición diagonal, si no han participado del movimiento de rotación que ha descrito la base.

Las escápulas se desprenden según el mecanismo de las caderas, es decir, que ellas turnan de manera, que la escápula anterior viene á colocarse atrás del brazo izquiao-pubio derecho; la posterior por delante del ligamento sacro-sciático izquierdo: ambas franquean el estrecho inferior en posicion diagonal; pero cuando solo tienen que vencer la resistencia de las partes blandas; completan el movimiento de rotacion, y se colocan una directamente adelante y la otra atrás. El codo y la escápula subpubiana aparecen al exterior; pero el codo y la escápula posteriores son las que primero se desprenden.

Mientras que las escápulas franquean la base en la situacion que acabamos de indicar, la cabeza doblada sobre el pecho, franquea el estrecho superior en la direccion del diámetro oblicuo izquierdo, conservando esta situacion hasta llegar al estrecho inferior. Los diámetros de la cabeza que están en relacion con los diámetros del estrecho inferior, varian según la flexion mas ó menos completa de la cabeza. Si es

tá moderadamente doblada, que es el caso mas regular, el diámetro Occipito-frontal es paralelo al diámetro oblicuo izquierdo del estrecho inferior, y el diámetro bi-parietal al diámetro oblicuo derecho. El ege del estrecho es atravesado por la cabeza, en la direccion del diámetro trachelo-bregmático. Si se supone la cabeza mas fuertemente doblada por delante del pecho, el diámetro sub-occipito-bregmático, toma el lugar del diámetro Occipito-frontal, y el Occipito-barbado se aproxima al ege del estrecho inferior. En una palabra, la cabeza tiene con el estrecho inferior las mismas relaciones que cuando se presenta por su vértice: únicamente se advierte que aquí se presenta por su base. Ella experimenta un movimiento de rotacion en consecuencia del que la cara, se lleva en la concavidad del sacro; el occipucio adelante, y la nuca debajo de la symphysis del pubis; de suerte que el diámetro sub-occipito bregmático, se aproxima mucho al diámetro antero-posterior; pero conservando siempre cierta oblicuidad. La matriz entonces no puede

obrar sino muy debilmente; puesto que apenas toca la cabeza, y esto seria una causa de retardo en el trabajo; si las partes circunvecinas no vinieran á ayudar contrayéndose, á arrojar la cabeza fuera de la cabidad. Todas estas fuerzas reunidas doblan la cabeza mas, y mas; y mientras que el movimiento de flexion se opera al derredor de la nuca como centro. se ve aparecer sucesivamente la barba, la frente, el bregma y el occiput por delante de la comisura posterior.

2.º MECANISMO DEL PARTO NATURAL EN LA POSICION SACRO-ILIACA DERECHA POSTERIOR (TERCERA DE CAPURON.— En esta posicion el sacro del feto está situado en la symphysis sacro-iliaca derecha de la madre; el dorso del feto está atrás y á derecha; el plan anterior adelante y á izquierda; el lado derecho adelante y á derecha; el lado izquierdo atrás y á izquierda. El gran diámetro bis-iliaco del feto es paralelo al diámetro oblicuo derecho.

Supongamos que al tiempo de la rotura de las membranas del huevo, son

sarrastrados los miembros inferiores del feto por el chorro del líquido, y que se presentan los pies á la vulva. Por solo las contracciones uterinas, los miembros inferiores se desprenden, sin ofrecer particularidad alguna. Las caderas llegan al estrecho inferior muy facilmente, y se les ve introducirse en el estrecho perineal; ya conservando su posicion oblicua, ya tomando la direccion recta de la vulva: los brazos y las escápulas siguen desprendiéndose del mismo modo: la cabeza queda sola en la escavacion, y su espulsion puede hacerse de varios modos: ya el occiput queda atrás, hasta á completa espulsion de la cabeza; ya como que sucede corrientemente se viene á colocar detrás de la symphysis pubiana. En este último caso, la conversion que tiene que hacer la cabeza del feto es semi-circular.

Cuando el occiput queda atrás hasta el fin del trabajo, el desprendimiento de la cabeza puede hacerse de dos maneras. En la mayoría de casos la cabeza fuertemente doblada se mete en la escavacion; ella experimenta bien pron-

to un ligero movimiento de rotacion que lleva el acciput á la concavidad del sacro, la frente y el bregma atrás de la symphysis del pubis; las contracciones uterinas y los músculos abdominales forzando á la cabeza á doblarse mas y mas, se ve aparacer abajo de la symphysis pubiana y á través de la vulva, primero toda la cara, el bregma, despues el vértice y el occipucio. La cabeza se désprende por un movimiento de flexion que tiene por centro la nuca colocada delante del perineo.

En fin, puede suceder que en lugar de quedar aplicada la barba por delante del pecho, se detenga arriba del pubís y que el occiput se ranverse por un movimiento de fuerte estension. La cabeza se mete en el estrecho por su estremidad occipital, el occiput bascula recorre toda la parte posterior de la escavacion, y viene á desprenderse el primero por delante de la comisura posterior. En seguida se presenta el vértice, la fontanela anterior, la frente y toda la cara. La cabeza se desprende por un movimiento de estension que tie-

ne por centro la region præ-tracheliana colocada primero detrás del pubis, despues abajo de su symphysis.

El mecanismo del parto en la posicion sacro-iliaca izquierda transversal, sacro-iliaca derecha anterior y transversal, es absolutamente el mismo que el que se ha descrito en la posicion sacro-iliaca izquierda anterior; y el de la posicion sacro-iliaca izquierda posterior, se parece mucho al de la posicion sacro-iliaca derecha posterior.

ARTICULO 3º.—CARACTERES DISTINTIVOS
DEL PARTO POR LA CARA, Y SU
MECANISMO.

La posicion de la cara al estrecho superior, es un accidente que debe evitar una partera instruida, tratar por sí misma; pues si bien es cierto, que esta posicion se tiene actualmente como natural, porque muchísimas veces se hace el parto por sí solo, no es menos cierto, que muchos autores la tienen por parto

que necesita los socorros del arte, y cualquiera que sepa el mecanismo de estas posiciones, particularmente las posteriores, conocerá lo espuesto que sería que una partera se quedara sola, en presencia de un parto de esta naturaleza, cuando podrian presentarse accidentes á cada paso, que podrian cambiar el parto de natural en artificial.

El diagnóstico de las presentaciones de la cara es mas ó menos fácil, segun la época del trabajo en el que se hace el exámen. Antes de la ruptura de las membranas, la cabeza es en general muy elevada, y dificilmente accesible. Por lo comun, como el ranversamiento de la cabeza es incompleto, la frente es la parte que el dedo toca en el reconocimiento, se puede creer que hay una posicion del vértice. Pero si las membranas se rompen, el diagnóstico se hace fácil; pues se encuentra entonces en uno de los lados de la base, la frente; superficie sólida y arredondada, cortada por una sutura, á la que sigue sirviendo de base un hundimiento transverso, y al lado opuesto una salida triangular; cuya base

presenta las dos aberturas de las narices: mas allá una hendidura transversa, limitada por los dos arcos de las maxilares superior é inferior. Algunos aseguran que el dedo introducido en la boca, siente un movimiento de succion. En fin, cuando la cabeza está mas baja, se puede notar una oreja detrás del pubis. Conocida la presentacion, es fácil distinguir la posicion, pues las aberturas nasales determinarán adonde está dirigida la barba, que como dije otra vez, es la que determina la posicion.

Cuando la ruptura de las membranas ha sido mucho tiempo hecha, la cara que corresponde al vacío de la base, es el sitio de una tumefaccion considerable, debida á la misma causa que produce el tumor del cuero cabelludo en la presentacion de la cabeza. Los carrillos fuertemente hinchados, y oprimidos sobre los lados, se aproximan el uno al otro, dejan entre sí una separacion bien profunda, en cuyo fondo están ocultos los distintivos de la cara. Esta separacion puede fácilmente ser tenida por la separacion de las nalgas, y como los

labios se presentan igualmente hinchados, ranversados, y fruncidos, á la manera del ano; se necesita mucha atencion y detenimiento, para no confundir la presentacion de que vamos hablando, con la presentacion del ano.

MECANISMO DEL PARTO NATURAL EN LA POSICION MENTO-ILIACA DERECHA TRANSVERSAL.—En esta posicion, la barba corresponde á la estremidad derecha del diámetro transversal, y el bregma á la estremidad izquierda. El plan posterior del feto ve directamente al lado izquierdo de la madre, el anterior á derecha: el lado derecho adelante, el izquierdo atrás. En el primer periodo del trabajo, la bolsa de las aguas hace una salida tanto mas considerable, cuanto la dilatacion es mas pronunciada. La ruptura de la bolsa se opera ordinariamente con ruido, y sigue un abundante flujo de líquido amniótico. Entonces se nota que la cabeza moderadamente doblada, se dobla mas cada vez, y ofrece al estrecho superior el diámetro fronto-bardado, que tiene tres pulgadas de estension.

La cabeza fuertemente estendida, se mete en la escavacion, y descende todo lo que le permite la longitud del cuello; pero como esta longitud no puede medir mas de tres pulgadas, que hay del estrecho superior á la tuberosidad del ischion se interrumpe el movimiento de descenso.

La cabeza ejecuta entonces un movimiento de rotacion de derecha á izquierda, poniéndose la barba con este movimiento debajo de la symphysis pubiana. Esto facilita el movimiento de descenso, pues el cuello del feto puede medir muy bien pulgada y media, que á lo mas tiene de altura la symphysis pubiana.

Entonces comienza otro movimiento de flexion, debido á la introduccion de la barba debajo de la symphysis pubiana. Bajo la influencia de las contracciones uterinas, la barba se mete debajo de la symphysis pubiana hasta tocar con la parte anterior del cuello, el ócciput descende por una supeaficie cóncava de mas de cuatro pulgadas de estension;

pero todavía la parte convexa de la cabeza se encontraría detenida en la parte anterior del coccyx, si nuevas contracciones uterinas obrando sobre el eje del cuerpo, no vinieran á ejercer su acción sobre la parte posterior de la cabeza, haciéndola pasar por la parte anterior del perineo, y presentándose en su comisura anterior el bregma, el vértice, y el occipucio. En todo este movimiento se han presentado al diámetro antero-posterior del estrecho inferior, los diámetros fronto-barbado, trachelo-frontal, trachelo-bregmático y trachelo-occipital, todos menores que el diámetro caxi-pubiano, que puede llegar á tener como hemos dicho, hasta cinco pulgadas por la retracción del coccyx.

Luego que termina el movimiento de flexión, se ejecuta un cuarto movimiento de rotación exterior, que en nada difiere del tiempo de rotación exterior descrito en las presentaciones de la cabeza: de modo que, por él es restituida la cabeza, á su posición primitiva; pues la barba se restituye á la tuberosidad ischiática.

2.º MECANISMO DEL PARTO NATURAL EN LA POSICION MENTO-ILIACA IZQUIERDA TRANSVERSAL.— En esta posicion es igual la espulsion del feto, sin mas diferencia que el movimiento de rotacion si opera de izquierda á derecha.

Lo mismo sucede con las variedades mento-sacro iliaca-derecha posterior, y mento-sacro-iliaca izquierda posterior; pues la única diferencia es que el movimiento de rotacion es mas estenso en estas posiciones. Este movimiento es aquí mas necesario, pues para que el parto termine por la cara, es necesario que ésta llegue al estrecho inferior; pero esto nunca podria suceder, regularmente hablando, si el cuello no midiera la pared con que está en contacto; y como todas las paredes de la escavacion son mas altas que él, se sigue que la barba debe buscar la symphysis pubiana para poder medir su altura.

Aunque estas son las reglas generales del mecanismo del parto por la cara, sin embargo, hay excepciones que se refieren á dimensiones pequeñas de la

cabeza en que se hace teniendo la barba en la misma posicion, aquí no hay ninguna dificultad, en que se haga el parto en la misma posicion que tiene en el estrecho superior, aunque la cabeza presente su mayor diámetro á la escavacion, esto no ofrece inconvenientes en cabezas pequeñas, ó aun cuando tengan alguna dimension que no sea extraordinaria: pues si es cierto que el diámetro occipito-barbado tiene cinco pulgadas, el diámetro mayor de la escavacion tambien los tiene; por consiguiente, si la cabeza es un poco pequeña, puede verificarse muy bien el parto; sea como esplica Velpeau, sea como quiere Guillemot, sea como lo esplica Cazeaux. En efecto, segun Velpeau, el parto podria hacerse cuando la barba no viene adelante, del modo siguiente: Supone la segunda posicion de Baudelocque en la que la barba ve hácia la cara anterior del sacro. En este caso, la frente se avanza atrás del cuerpo de la symphysis pubiana, al mismo tiempo que la barba abajo del ángulo sacro-vertebral. Toda la cabeza se mete entonces hasta

mas allá de la mollera anterior, y hasta que la cara es llevada, con la parte anterior y aun parte del pecho, atrás: entonces el diámetro occipito-barbado ejecuta un movimiento de báscula de alto á abajo, y de atrás á adelante. La barba penetra mas y mas hácia el fondo de la escavacion, y detenida por el pecho que no puede avanzar, obliga á la sutura sagital á dislocarse atrás de la symphysis pubiana, y la frente á tomar la parte media del estrecho inferior. Las eminencias frontales no tardan en apoyarse sobre el perineo, la mollera posterior descende á su vez, y acaba por mostrarse á la parte superior del arco pubiano: por último, se desprende la cabeza como en la posicion occipito-anterior.

Guillemot esplica esta terminacion de dos maneras: una que le es peculiar, y otra muy semejante á la terminacion de Velpeau. La primera la esplica así: la frente que está tocando al pubis, continúa á descender, y á meterse debajo del arcade pubiano hasta aparecer la mollera anterior. Esta progresion

permite á la barba bajar, y tocar el borde del perineo; entonces comienza el movimiento de flexion y la terminacion del parto.

Cazeaux cree que en la posicion de que vamos hablando, puede terminarse espontáneamente el trabajo, sin que se meta el pecho y la cabeza juntamente, cuyo reproche hace á la terminacion segunda de Guillemot. Cree por tanto, que en una posicion mento-sacro-iliaca derecha, despues de la estension completa de la cabeza, la cara bajará en la escavacion todo lo que lo permita la longitud del cuello, la barba llegará por consiguiente á nivel de la grande escotadura ischiática: llegada aquí, la barba encontrará partes blandas que fácilmente deprimirá. Esta depresion será suficiente para aumentar tres ó cuatro líneas el diámetro oblicuo de la escavacion, permitir al diámetro occipito-bar-do franquearlo, y á la cabeza ejecutar el movimiento de flexion, que conducirá el ócciput bajo la symphysis pubiana.

Como se ve á primera vista, la posi-

cion de Cazeaux, no es la misma de que hablan Velpeau y Guillemot, pues estos dos hablan de la segunda posición directa de Baudelocque, en la que la barba ve á la cara anterior del sacro, y Cazeaux habla de posición oblicua; pero como dije antes, yo creo que el parto puede hacerse de todos modos, pues se trata de fetos cuyas cabezas son de cortas dimensiones: pero si se tratara de una cabeza de dimensiones comunes, y de una pelvis que igualmente tuviera sus diámetros del tamaño ordinario, claro es que el parto por la cara, particularmente en las posiciones posteriores, no debe ser natural, sino que necesitará de los auxilios del arte.

ARTICULO 4.^o—CARACTERES DISTINTIVOS
DE LA PRESENTACION DEL TRONCO.

Son raras las presentaciones del tronco, cuando se presentan, ninguna partera debe intentar que se terminen por sí mis-

mas, sino que debe llamar á un médico: con todo, como muchas veces se verifica el parto naturalmente, sin necesidad de auxilios del arte, por esta razon he colocado esta posicion en los partos naturales, no siendo realmente sino de los partos laboriosos ó præter-naturales.

El diagnóstico de esta posicion puede sospecharse antes del trabajo en los signos siguientes: El vientre de la mujer presenta un diámetro transverso, mucho mas estenso que de ordinario. En aquellas que tienen las paredes delgadas, se puede notar en una de las fosas iliacas la cabeza del feto, que se presenta bajo la forma de un tumor duro arredondado resistente. Colocando las dos manos sobre dos puntos opuestos de las paredes laterales del vientre, se sienten dos puntos de una resistencia mayor, debidas á las dos estremidades del ovoide fetal; se puede entonces hacer mover de un lado al otro el tallo sólido constituido por el feto, y asegurarse que su gran diámetro es transverso. En fin, por el tacto vaginal no se encuentra el tumor formado por la cabeza, cuyo signo

unido á los anteriores vuelve el diagnóstico muy probable.

Antes de la ruptura de las membranas, el tacto es muy difícil por la elevación de las partes. La dilatación del cuello se hace muy lentamente, pero este es síntoma común con otras presentaciones, así es que, solo después de la ruptura de las membranas, puede el tacto dar una certidumbre completa.

Cuando el lado del tronco se presenta, por lo común es el hombro; pero también el codo que están colocados en el centro del estrecho superior. Si el hombro se presenta primero, el dedo encuentra un tumor arredondado, y sobre uno de sus puntos se encuentra una pequeña salida huesosa formada por el acromion. Atrás ó adelante, según la posición, se encuentra la clavícula y la espina del omoplato; abajo de la clavícula, los espacios intercostales que son distinguidos fácilmente: abajo de la espina del omoplato se nota una superficie plana, que termina en un ángulo agudo. En fin, se puede distinguir muchas veces el hueso axilar.

Reconociendo el hombro con tales datos, es necesario saber cual es, si el derecho ó el izquierdo, y en que posición está, si en primera ó segunda. Para esto nos bastará conocer el dorso de el infante se está atrás ó adelante; para en el primer caso tener la primera posición del hombro izquierdo, y en el segundo la primera del hombro derecho. Igualmente si tocamos el hombro del feto en el lado derecho de la madre, notaremos si el dorso está atrás ó adelante; para distinguir en el primer caso la segunda posición del hombro derecho, y en el segundo, la segunda posición del hombro izquierdo.

El hueco axilar nos indicará la posición de la cabeza, en caso que todavía se dudare de la posición; oy la situación de la cabeza unida á la situación del dorso del feto nos conducirá de un modo inequívoco al conocimiento de la posición del hombro. En efecto, el hueco axilar siempre será opuesto á la situación de la cabeza: si aquel ve á derecha, esta está situada á la izquierda y vice-versa.

Cuando el codo sea lo que toque el dedo explorador, se reconocerá fácilmente por tres salidas huesosas, y por un pliegue transversal anterior. La cercanía del pecho y de los espacios intercostales muchas veces podrán aclarar el diagnóstico, cuando el codo permanezca junto al cuerpo. Luego que es reconocida esta parte del miembro superior, se debe indagar la situación de la cabeza, y la del plan dorsal del feto, lo que es bien fácil, pues la cabeza queda del lado opuesto al codo, y el plan posterior opuesto al antebrazo, que siempre está colocado en el plan anterior.

Sucede muchas veces que el antebrazo se desdobra, y que la mano cuelga en la vagina y aun al exterior de la vulva. Para conocer entonces la mano que se presenta, basta tomarla de manera que la cara palmar esté colocada adelante y hacia arriba; en tal situación si el pulgar es dirigido hacia el muslo derecho de la madre, es la mano derecha; si está dirigida al izquierdo, es la mano izquierda. Para saber en seguida en donde está la cabeza, bastará

dislocar el dedo hácia el hueco axilar.

Segun lo dicho, cuando la mano está al exterior de la vulva, basta examinarla con atencion para fijar la posicion. Si el dorso de la mano ve hácia el muslo derecho, la cabeza está á la derecha: si está vuelta al muslo izquierdo, la cabeza está á la izquierda. El pequeño dedo dirigido hácia el coccyx, indica que el plan dorsal está atrás: el pequeño dedo dirigido hácia el pubis, indica que el plan está adelante.

ARTICULO 5.^o—TERMINACION NATURAL DE
LAS POSICIONES DEL TRONCO POR LA
VERSION Ó EVOLUCION
ESPONTANEA.

La version espontánea del feto puede hacerse por los pies ó por la cabeza, y puede hacerse antes ó despues de la ruptura de la bolsa amniótica. En el primer caso es difícil que lo note la partera, pues muchas veces no habrá hecho ni el reconocimiento; pero cuando están rotas las membranas, veámos como se porta la

naturaleza. Primeramente la partera reconoce el hombro, ó el codo del infante, y á poco ve sustituidas estas partes por el temporal del mismo lado; despues de algun tiempo, siente que se presenta el vértice, y por último que la cabeza se presenta en una de las posiciones comunes. Se concibe facilmente, que si el feto para hacer la version cephalica, ha tenido que ir presentando gradualmente al estrecho superior, las partes ascendentes; cuando hace la version podálica va presentando sucesivamente las regiones descendentes, y se presentará en consecuencia la region de las costillas, de los lomos, la cadera y nalga del mismo lado, hasta que el asiento se meta en la excavacion.

EVOLUCION ESPONTANEA.—La evolucion espontanea, puede ser en opinion de varios autores, por la cabeza y por los pies: en opinion de Cazeaux unicamente por los pies, aunque la concibe muy bien en los abortos, y en los fetos podridos, que se puede hacer por la cabeza.

Comenzando por la que todos admiten, la evolucion podalica: pongamos por ejemplo la primera posicion del hombro derecho cephalo-iliaca izquierda del plan lateral derecho: luego que se rompen las membranas, y sale el agua contenida en ellas, el útero obra sobre el tronco del feto, y hace que se doble sobre el lado opuesto al que se presenta. En el caso actual seria la flexion sobre el plan lateral izquierdo.

Comienza entences un segundo tiempo, en el que el hombro derecho tiende mas y mas á dirigirse al estrecho inferior; por consiguiente el feto se mete todo lo posible en la escavacion; pero la corta estension del cuello del feto respecto á la pared lateral que mide; no lo deja bajar todo lo que debiera, para llegar al estrecho inferior. En este estado sobreviene un movimiento de rotacion, en consecuencia del cual, el grande eje del tronco se coloca en una direccion oblicua, pues la estremidad cephalica se coloca arriba del brazo horizontal del pubis, y el asiento por delante de la symphysis sacro-iliaca

derecha. El descenso del feto puede operarse entonces, pues que situada la cabeza cerca de la symphysis pubiana, el cuello puede medir bien toda su altura. Esto lo prueba la longitud del brazo y que se ve el hombro colocarse debajo del pubis.

Bajo la influencia de esfuerzos uterinos muy considerables, el tronco se dobla, es arrojado todo entero en la escavacion: el hombro no puede descender, porque es detenido por la cabeza: la fuerza espulsiva obra entonces sobre la estremidad pelviana, que recorre toda la cara anterior del sacro deprimida y arrojada fuertemente por delante del perineo, se ve aparecer bien pronto por delante de la comisura posterior de la vulva, la parte lateral del pecho, el lado de los lomos, la cadera, el muslo del mismo lado, por último, toda la estension de los miembros inferiores, que se desplegan al exterior. Todo este desprendimiento y presentacion, se hace teniendo por centro el hombro, colocado bajo la symphysis pu-

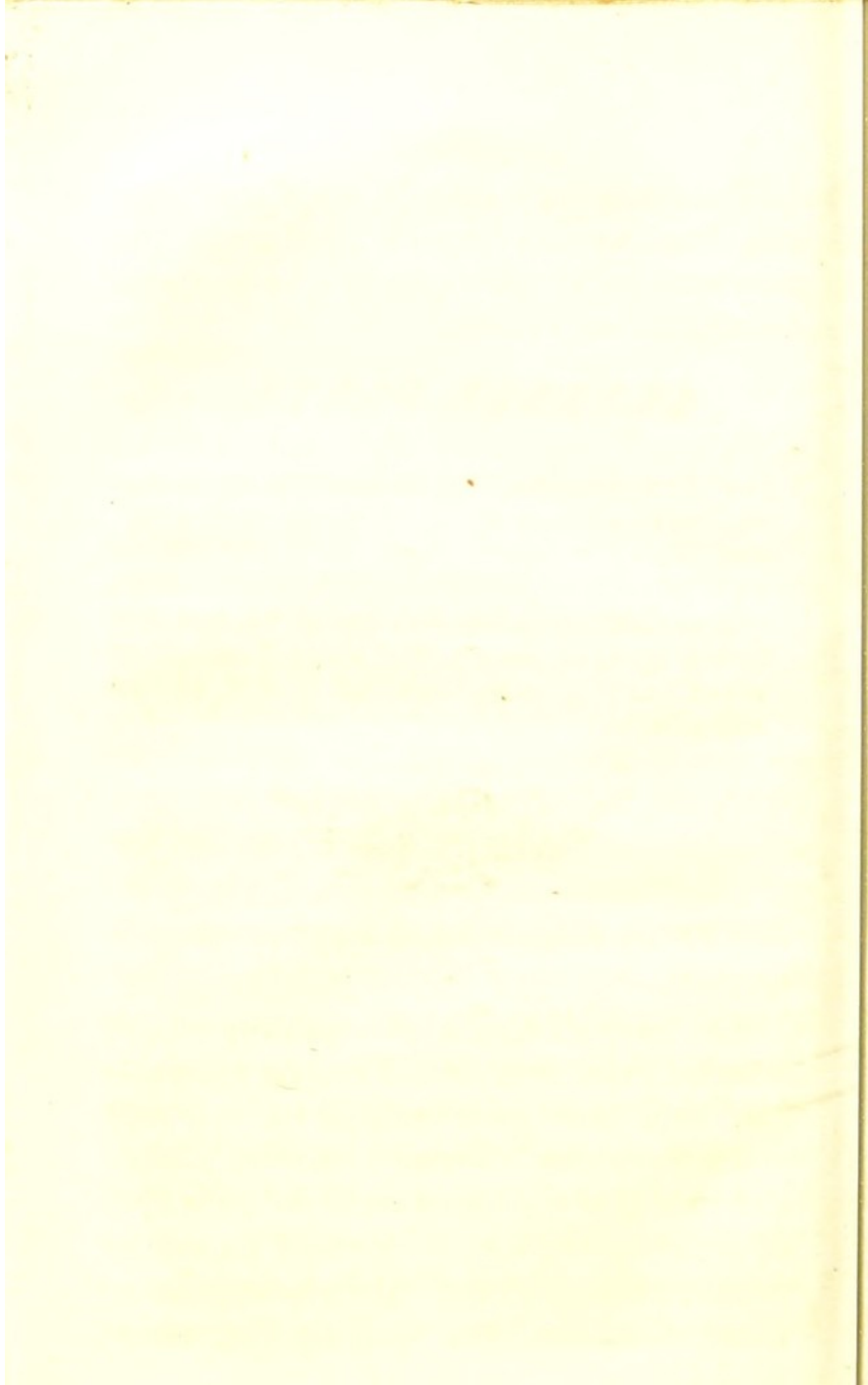
biana, pues no sale de su lugar como podria creerse.

Pasan del mismo modo las cosas, con una corta diferencia en el movimiento de rotacion, en la segunda posicion del hombro izquierdo; pero cuando el plan anterior del feto está dirigido adelante, el mecanismo es un poco diverso, y la descripcion que hace Dubois, es la siguiente: Al momento en que el asiento se desprende por la comisura anterior del perineo, todo el tronco del feto experimentará un movimiento de torsion, que traerá el plan dorsal del feto adelante y á lo alto.

Por la descripcion que acabo de hacer, se ve que esta evolucion espontánea solo puede hacerse por lo regular en fetos pequeños, que se prestan á esas torsiones: que un feto robusto, y que se amolde algo á los diámetros de la madre, no podria hacer tal evolucion. Esta es la opinion de varios autores, y por esta razon creo, que la evolucion espontánea tambien puede hacerse por la cabeza.

Tambien creo que la evolucion espontánea es una version verdadera con mayores accidentes que la que se llama comunmente version.





SEGUNDA PARTE,

O PARTE PATOLOGICA DE LOS PARTOS, EN LA QUE SE TRATA DE LAS ENFERMEDADES MAS COMUNES DE LAS MUJERES, DESDE EL MOMENTO DE LA CONCEPCION, HASTA DESPUES DEL TRABAJO, DEL PARTO LABORIOSO MANUAL, Y DE LOS CUIDADOS QUE SE DEBEN DAR A LAS PARIDAS EN ESTOS PARTOS, COMO TAMBIEN A LOS RECIEN NACIDOS.

CAPITULO I.

DE LA PREÑEZ EXTRA-UTERINA.

La mujer desde el momento que concibe, está espuesta á mil enfermedades: una de las primeras que puede presentarse, es la preñez extra-uterina; enfermedad que consiste como lo indica su nombre, en que el producto de la concepcion no se ha fijado en el útero como debe ser; sino que se fija en el

ovario, en las trompas uterinas, en el intersticio de estas y del útero, en el abdómen etc. Una partera puede ser consultada en estos casos. Si es en los primeros meses, le será muy difícil conocer que se trata de una preñez extrauterina; porque los signos racionales muchas veces son los mismos en unos y otros, y los sensibles son tan equívocos, que una partera haría muy mal de dar su opinion en este caso sin aconsejarse de un médico. La mayor parte de los autores convienen en que no se puede hacer un diagnóstico fundado de este embarazo, sino hasta el cuarto ó quinto mes en que los movimientos del feto, y el tacto vaginal, indican que hay un feto fuera del útero; pues el volúmen del vientre, y el estado de vaciedad del útero, son dos cosas que indican bastante que está el feto fuera de su lugar. Si la partera notare esto, avisará á un facultativo para que se haga lo conveniente.

CAPITULO II.

DEL ABORTO.

El aborto es otra enfermedad muy frecuente en las embarazadas, y propia solo á este estado, consiste en la espulsion del producto de la concepcion fuera del vientre, cuando todavía no es viable: por consiguiente el aborto tiene lugar desde el principio de la preñez, hasta el fin del sexto mes. Aunque para esto comunmente se consulta con facultativos, muchas personas consultan parteras, y en este caso la primera cuestion que tienen que resolver es, si la mujer está ó no embarazada. Para esto se tomarán informes de el tiempo que le ha faltado la menstruacion, si esta menstruacion no se ha contenido nunca, sino por embarazos anteriores; y en caso de que la paciente sea primerisa, se indagará si siempre ha tenido en corriente esta evacuacion. Este, y los demas síntomas racionales de que hemos hablado, bastarán las mas veces para tener un conocimiento fundado del embarazo

en los casos comunes. Pero si la partera fuere llamada á declarar en un caso judicial, entonces nunca omitirá descubrir los signos sensibles de un embarazo; así es que, hará el registro necesario para descubrirlos.

Fijada su opinion en este punto, esto es, creyendo que hay embarazo, veamos los síntomas con que se presenta el aborto. Estos varían según la época en que se presentan, debiendo decir en general que en igualdad de circunstancias, son del segundo al cuarto mes cuando presentan mas gravedad. Cuando se presenta el aborto en los primeros, días, está acompañado de fenómenos poco manifiestos. Es tan poco doloroso, que se parece á una menstruacion ordinaria. Las primeras contracciones efectúan el despegamiento del huevo, que sale entero, ó las mas veces destruido, acompañado de un coágulo sanguino con quien por lo regular se confunde, si no se tiene cuidado en examinar cada coágulo. Cuando el aborto se verifica en el primer mes del embarazo, creen por lo comun las mu-

eres que solo han tenido un retardo del flujo menstuo; pero una partera experimentada debe destruir este error, pues conduciria á otro, que seria no guardar el reposo debido despues del aborto, lo que hace dejar predispuesta á la mujer á nuevos abortos, ó enferma del útero por mucho tiempo. La partera procurará avisar á un médico para oír su dictámen; pero si no lo hubiere, manifestará á la paciente la necesidad del reposo, y tal vez de alguna dieta, cuando ha habido mucho flujo sanguineo.

¡Pero qué signos conducirán á la partera á clasificarlo de aborto? esto es lo que importa saber. Primeramente el aborto se hace en una mujer embarazada, por consiguiente que ha pasado la primera época menstrual sin flujo sanguineo. Así es que si este retardo fuere de tres ó cinco dias, no habrá un fundamento para creer en un aborto; pero no así si el retardo es de quince dias ó mas. En segundo lugar, el aborto por lo general está precedido de algunos accidentes, que los mas frecuentes son frios, alterando con calor, mal estar,

torpeza de miembros, mientras que los menstros por lo comun no tienen tales accidentes. Tercero los menstros se presentan sin causa accidental, á diferencia del aborto que tiene por lo general alguna. Cuarto, los menstros no son tan abundantes como el aborto: la sangre en este aumenta, mientras que en aquel permanece estacionaria. Si á esto agregamos que los menstros se indican por señales bien conocidas á las mujeres, algun barro muchas veces ú otra señal si se quiere accidental, pero que siempre acompañan á los menstros mientras que en el aborto faltan tales señales, se tendrá signos bastantes de diferencia; en todo caso uingun riesgo hay de tener quieta á una mujer, y mucho riesgo puede haber de lo contrario. Por consiguiente este será el primer ordenamiento que debe hacer la partera, en seguida prescribirá, en caso que no haya médico, la posicion horizontal, las bebidas frias, y ácidas; si el flujo siguiere, examinará los coágulos. En los primeros meses, es tan tierno el producto de la concepcion, que pocas

veces sale entero el huevo en que está contenido; sin embargo, sale una sustancia blanda de consistencia, mucho mas firme que los coágulos. Ella tiene mucha semejanza con la molleja de la gallina, y cuando se nota, es porque se ha hecho el aborto: entonces la sangre para por sí misma, la mujer se restablece, y todo vuelve al estado normal.

Esto sucede por lo comun á los dos meses; pero del tercero al cuarto mes, las cosas pasan por lo regular de diverso modo, la hemorragia es tan abundante, que pasan los lienzos que se han puesto á la mujer para recibir la sangre: algunas veces los colchones que tiene debajo, y una que otra la he visto correr por el cuarto de la enferma. Esta pérdida de sangre tan abundante hace que la mujer desfallezca, que las extremidades se pongan frias, que las facciones se descompongan, que un sudor frio bañe su rostro, que el pulso se pierda, y por último que se aguarde de una hora á otra la muerte de la enferma. Por consiguiente, si la partera debe obrar por que no haya médico delante,

debe calcular la cantidad de sangre que arroja la enferma, si fuere poca, pondrá á la enferma en posicion horizontal, le hará respirar un ayre fresco, le dará bebidas refrigerantes, compuestas de agua, vinagre, limon, ú otro acido vegetal. Si no hubiere médico, y la persona fuere robusta, está autorizada para mandar sacar cuatro ó seis onzas de sangre por la vena del brazo, en que comunmente se hacen las sangrías. Eso solo podrá hacerlo en lugares distantes, en donde no haya esperanza de conseguir un médico, si continuare la hemorragia, tendria necesidad de usar de algunas substancias astringentes, como la krameria en cocimiento endulsado con azucar. Si la enferma se comieuzza á poner fria, se aplicarán sinapismos cebajo de los pechos, entre las dos escápulas, (vulgarmente espaldillas). Se aplicarán lienzo mojado en agua fria con vinagre, y un poco de aguardiente en el vientre bajo y en la cintura. Para calmar los fuertes dolores que se presentan en los lomos, será mejor hacer aplicaciones en ellos de agua de la reina ó

de colonia. Con todos estos medios calma por lo general el flujo sanguíneo, y la expulsión del feto se hace sin extrépito y brevemente. Pero muchas veces el flujo continúa, y con los síntomas agravantes de que hice mención: entonces se hará el tamponamiento, tomando varias bolas de hilas secas, y aplicándolas una despues de otra al cuello del útero. Si este se encuentra dilatado, seria mejor favorecer la expulsión del feto, administrando á la paciente unos diez y ocho á veinte granos de centeno pulverizado recientemente, en una cucharada de vino jerez, lo que se reiterará cada media hora, por dos ó tres ocasiones.

Otro de los síntomas que autorizarían á hacer uso del centeno, son los dolores que se presentan en el vientre, debidos á la pérdida de sangre, pues indican por lo comun que el producto de la concepción va á hacer expulsado, así es que, debe favorecerse este movimiento.

Habria querido omitir el opio por los abusos á que podria exponer; pero he reflexionado, que de todo lo que llevo

dicho puede abusarse, que los libros que tratan estas materias de obstetricia con mas extension, andan en manos de todos, y en ellos se encuentra tan recomendada esta substancia, que si yo la omitiera, se creeria que yo no la usaba, ó que no tenia conocimiento de ella, y ambas cosas no son ciertas, por estas razones debo recomendar, que quince á veinte gotas de láudano en una bebida acida, aumenta su accion astringente, por consecuencia debe darse un medio posuelo cada hora, procurando que las gotas que tome la enferma en las veinticuatro horas, no exedan de cuarenta; y siempre atendiendo al estado del cerebro de la enferma, pues si se presentase delirio, ó somnolencia, se debe suspender su uso.

Las labatibas de agua fresca con el mismo láudano, son muy útiles en el caso de que voy hablando. Otra de las cosas que recomiendo, es la nieve dada al interior y al exterior; quiero decir, tomando algunos trocitos, y aun aplicándola en una vegiga sobre la cintura.

Pero muchas veces á pesar de todo

esto, continúa la salida de la sangre, el feto ó está fuera del útero, ó adentro. En el primer caso es necesario pasar á extraer las secundinas, en el segundo estas y el feto. En ambos casos se sitúa á la paciente horizontalmente, y se introduce el dedo índice y pulgar de la mano derecha; muchas veces, y son las mas, se introduce el dedo medio: como que el útero en los meses de que voy hablando, es poco estensible: es necesario aproximar mucho los dedos, para introducirlos todo lo mas que se pueda, y despegar si no lo está, la placenta, y con ella todo el huevo que por lo comun se encuentra roto.

Terminada esta operacion, cesa el peligro de la paciente, y en seguida es necesario la quietud, y solicitar un facultativo, que siga dirigiendo la curacion; pues solo el inminente peligro en que se encuentra la enferma, puede autorizar á la partera á usar de los medios indicados, y siempre que falte, es necesario aguardar á la persona que obra con conocimiento de causa, y sabe poco

mas ó menos, la terminacion que puede tener el mal.

Del quinto al sexto mes, los abortos no traen accidentes tan fatales, se desprende con mas facilidad la placenta, y por consiguiente no se dan hemorragias tan fuertes, ni tan tenaces como en los dos meses anteriores. Esta es una regla general que tiene muchas excepciones; pero si el caso que se tiene á la vista, es de los que se presentan con hemorragia, es necesario observar el momento de contenerla, para lo que muchas veces se tiene que obrar, favoreciendo la espulsion para que termine el flujo.

CAPITULO III.

DE LA IMPLANTACION DE LA PLACENTA EN EL CUELLO DEL UTERO.

El caso de que voy á hablar, es menos frecuente que el anterior, y es menos consultado á las parteras: sin embargo,

hay personas, que ó porque les tienen afición, ó porque se encuentran en lugares apartados en que tal vez no se encuentra médico, puede consultárseles sobre una hemorragia que se presenta en los últimos meses del preñado, que no cede á los medios indicados arriba; quiere decir, á la mayor parte de ellos, pues el tamponamiento si tiene alguna eficacia sobre él. Este flujo consiste en que la placenta en lugar de colocarse en el fondo del útero, viene á colocarse en el cuello, y como en los últimos meses se comienza á dilatar, se hace un desprendimiento parcial de la placenta. La partera que fuere solicitada para este caso, tendrá mucho aventajado sabiendo la época del preñado; pues si es del séptimo al noveno mes, hay mucha razón para creer que se trata de una implantación de la placenta en el cuello de la matriz; mucho mas, cuando se nota la ineficacia á los medios propuestos, para contener las hemorragias, que frecuentemente se presentan. El modo de presentarse será otro indicio bastante fuerte, para conocer que se trata de una

implantacion; pues en el aborto con quien podria confundirse; la hemorragia se hace seguida, y en el caso de que vamos hablando, presenta sus intermitencias. Pero lo que aclarará mas el conocimiento del mal, es el reconocimiento que se hace por la introduccion del dedo en la vagina, que tocará un cuerpo blando en el cuello del útero, de mayor consistencia que un coágulo, cuya consistencia, y el estado de adherencia que se encuentra, son bastantes signos para distinguir la placenta, de un coágulo sanguineo, con quien pudiera confundirse. Es cierto que esta introduccion del dedo no puede hacerse sino hasta el fin del preñado; pero muchas ocasiones el cuello uterino se dilata en virtud de la hemorragia, y por consiguiente la exploracion puede hacerse. Conocida la enfermedad de que se trata, es necesario al principio hacer uso de los medios que hemos dicho, en el artículo aborto, pero especialmente del tamponamiento; pues ademas que contiene la hemorragia, puede el mismo tapon escitar el útero, y promoverse el

parto. En el caso que no sucediera esto, y presentara bastante dilatacion el cuello, se deberia terminar el parto desprendiendo las secundinas, y estrayendo al feto por los pies.

CAPITULO IV.

CONDUCTA DE LA PARTERA EN LOS CASOS DE MUERTE DE LA MUJER.

Muchas veces sucede que la mujer que está en trabajo, muere instantáneamente. La partera que está asistiendo á la paciente, debe inmediatamente hacer llamar al médico, notando si la muerte ha sido por hemorragia, convulsion, ó apoplexia. Si no hubiere médico, ella debe obrar primero, como si la mujer estuviere viva; pues muchas veces la muerte no es sino aparente; así es que, si una fuerte hemorragia hubiera precedido el momento fatal, deberá poner sinapismos en todas las partes del cuerpo, friegas con la tintura de cantaridas, de mostaza, etc., hará oler un poco de alcali á la enferma, haciendo la estraccion del feto por los pies, en caso de que la cabeza no esté en la escavacion.

Si las convulsiones fueren las que en concepto de la partera ocasionan la muerte, debe, si puede extraer el feto, hacerlo inmediatamente: pero si no, hacer que la mujer tome una infusion de hojas de naranjo, ó una poca de agua de azahar, ó unas gotas de bálsamo de Guatemala diluidas en agua. Se le harán tambien fricciones con la tintura de drimis ó valeriana etc.

Si la apoplegia es el accidente que ha terminado los dias de la enferma, lo que reconocerá la partera en el color de la cara que es amoratado, los ojos brillantes, y muchas veces la conjuntiva roja, en los desvanecimientos ó dolores de cabeza de que se ha quejado la mujer antes del accidente, en la contraccion de la pupila etc., la partera oyendo el parecer, si no hay facultativo, de las personas de mas ciencia, y esperiencia, que rodeen á la enferma, mandará una sangría, aplicará lienzo mojado en agua fria, á la cabeza, pondrá sinapismos en los brazos, y terminará si puede antes que todo el parto.

Pero si no pudiere hacer esto, y se

tenga ciencia cierta de que lo que tiene la enferma no es muerte aparente, sino real y positiva, si por otra parte, no se espera facultativo alguno, se dirigirá la partera á los hombres que encuentre de mas aptitud cerca de la enferma, esponiéndoles las señales de muerte que nota en la enferma, la dificultad que tiene para estraer por la vía natural á la criatura, y la obligacion que hay de salvar al niño, y de acuerdo con ellos; ó si no salvando su responsabilidad en ellos, procederá á estraerlo segun las reglas que se darán en la operacion cesarea. Todo esto se hará sin perder los instantes, pues el feto puede perder en cada uno de ellos la vida.

CAPITULO V.

DE LOS SIGNOS QUE PUEDEN INDICAR LA MUERTE DEL FETO.

Cuando alguna violencia externa sea sufrida por la madre, como esfuerzos considerables, golpes, emociones vivas,

remedios enérgicos, una enfermedad grave, hemorragias, etc., habrá lugar de presumir que ha muerto el feto. Si á estas causas acompañan los síntomas siguientes: La cesacion de los movimientos del feto, si se habian ya percibido. La cesacion del ruido del corazon. El abatimiento del vientre. Suele sentir la mujer en el vientre una sensacion de frio y pesadez si se voltea en su lecho de un lado á otro, y le parece sentir la caída de un peso mas ó menos pesado, es un signo muy probable de muerte del feto. Las mamilas dejan salir un líquido semejante á la media leche, se abaten, y se aflojan. Muchas veces suele permanecer el infante mucho tiempo muerto dentro del vientre, sin afectar á la madre; pero lo mas corriente es, que pasado algun tiempo, la mujer experimenta frios, la piel se pone húmeda, hay encendimientos de las mejillas y cara, pesadez en los miembros inferiores, inapetencia, mal gusto, y aun algunas veces suelen presentarse calenturas por las noches. Algunos autores agregan que

hay mal olor en la boca de la mujer preñada; pero este signo puede ser debido á varias causas, y es necesario observarlo bien, y ver si se relaciona con los signos anteriores.

Si en efecto existe tal relacion, y hubiera por consiguiente las probabilidades posibles para obrar ¿qué conducta seria la de la partera? Primeramente deberia escusarse de obrar, no solo por carecer de todos los conocimientos necesarios respecto de las causas, sino porque la relacion de los síntomas con estas, no es cosa de fácil comprension para aquella. Pero si la gravedad de los síntomas continuara, y no hubiera médico que dirigiera este caso, creo que no deberia abandonarse á la paciente á las solas fuerzas de la naturaleza, pues prescindiendo de los buenos efectos que pudieran producir medicinas oportunamente aplicadas, siempre para la paciente seria un gran consuelo verse atendida en sus males. Por estas razones, si la partera fuere consultada en casos semejantes, administrará suaves purgantes á la mujer embarazada, si no

se determinare ningun dolor, recomendará el ejercicio, los baños; si la mujer fuere robusta, la sangrará del pié, y si comenzare con calenturas por la tarde, como suele suceder muchas veces, no debe dudar en administrarle el centeno para ver si se solicitan las contracciones uterinas. La partera no dejará todos los dias de reconocer á la paciente, y ver si continúan los síntomas que la autorizan á obrar: en caso que desaparezcan, debe suspender los medios propuestos para combatirlos.

CAPITULO VI.

DE OTROS ACCIDENTES MUY COMUNES QUE SE NOTAN EN LAS MUJERES EMBARAZADAS.

Luego que sale embarazada la mujer, tiene muchos accidentes que cuando son ligeros no llaman la atencion; es el caso de una preñez normal. Pero otras veces la simpatía que tiene el útero con

los aparatos orgánicos es tan fuerte, trastorna tanto á la mujer preñada, que se dirige á consultar con los médicos si los hay, y si no con otra persona, en cuyo caso, si hay una partera acreditada, seria con quien consultaria.

Hay ocasiones en que una partera no debe escusarse de dar sus consejos, y son cuando no hay facultativos; y como ya he dicho que esto puede ofrecerse, particularmente en nuestro pais, es necesario que esté instruida, que el aparato digestivo es uno de los que primero, y con mas frecuencia se afecta, ya presentando la mujer una salivacion abundante, ya dolor de muelas, ya otros accidentes que diré despues, todos tan fuertes, que unos pueden comprometer la vida de la madre ó la del feto; y otras hacer sufrir tanto á aquella, que seria un inhumano el que no tratara de aliviarlos.

SALIVACION.—Este accidente llega á ser tan decidido, que he asistido señoras que no han hecho mas que salivar sentadas con un vaso delante, para recoger

una secrecion tan asquerosa. Cuando es tan abundante llega á volverse pesada aun la existencia, y algunas personas desean la muerte, ó que se las quite un accidente que tanto las molesta, y que suele durar todo el embarazo. Es cierto que no es este el caso mas comun, pues por lo general dura dos meses, y mucho menos cuando se atiende debidamente con una dieta severa, con bebidas refrigerantes, con bebidas heladas, el ácido del limon diluido en agua y endulzado etc. Algunos autores recomiendan el uso de las infusiones de manzanilla, de yerba-buena, etc., y tambien he visto recomendado el ruibarbo; pero yo no he sacado mucha utilidad de estos remedios.

ODONTALGIA Ó DOLOR DE DIENTES.— Es un accidente muy comun en las embarazadas, y en algunas llega á ser tan intenso, que influye en su estado general, no solo por la fuerza del dolor, sino por las continuas vigiliass que sufre. Ninguna partera es consultada en estas circunstancias, pues á los médicos es á quien se consulta sobre estos casos; pero

si por falta de médico fuere consultada la partera, inspeccionará la boca de la mujer para ver si tiene cariados algunos dientes, y en este caso los hará extraer. Pero si no hubiere carie á que atribuir el dolor, se limitará á recomendar enjuagatorios de malva, adormidera, lechuga con unas gotas de láudano, á recomendar el uso de bebidas frescas, baños, una dieta moderada etc.

GASTRITIS.—Los vómitos continuos que la mujer embarazada tiene en los primeros meses, suelen venir acompañados de fuerte dolor de estómago, cuyo dolor aumenta con la presión de esta region, hay muchas veces calentura; pero otras sin haber los accidentes anteriores, hay un vómito casi continuo, no solo de las materias ingeridas, sino tambien de mucosidades y líquido verdeoso. La mujer está muy agitada, tiene muchas veces sed, hay un estreñimiento pertinaz, la orina es poco abundante, siente un ardor de estómago continuo é inapetencia. Cuando estos síntomas subsisten mucho tiempo, se presenta el insomnio y otros síntomas

cerebrales que amenazan mas ó menos la existencia de la paciente.

Para esta clase de enfermedades son consultados los médicos; pero si no lo hubiere, es necesario aliviar por lo menos estos padecimientos, si no pueden quitarse; para cuyo efecto se prohibirá todo alimento animal, se sujetará á la mujer á una dieta lactea, se le dará unos trocitos de nieve, y se le hará bañar frecuentemente: algunas ocasiones se tiene que hacer uso de una estraccion de sangre por medio de sanguijuelas de cuatro á cinco onzas, que cuando no calma el dolor se puede repetir. Las labativas emolientes serán repetidas, componiéndose de agua de malvas, huevo y aceite de almendras.

ESTREÑIMIENTO.—Algunas ocasiones llega éste á ser tan fuerte, que son necesarios los recursos del arte para vencerlo. Si no hubiera facultativo que con conocimiento de causa aplique la medicina conveniente, y solo hubiere partera á quien se consulte, prescribirá ésta algunos ligeros laxantes, como el suero con cremor, los polvos de Seidlitz, etc., y al

mismo tiempo usará de labativas laxantes.

Aunque las personas embarazadas pueden presentar otros mil accidentes, como por una parte no son tan frecuentes como los referidos, y por otra, son mas difíciles de apreciar, no trato de hablar de cada uno de ellos.

CAPITULO VII.

DE LAS PARTOS DIFICILES Y PRINCIPALMENTE DE LA APRECIACION DE SUS CAUSAS.

Aunque el parto sea una funcion natural, que se termina las mas veces por los esfuerzos de la naturaleza, muchas ocasiones se interrumpe, ó no puede efectuarse por defecto de las fuerzas expulsivas, por obstáculos mecánicos que se oponen á su expulsion, por accidentes graves que suelen desarrollarse.

Al apreciar debidamente la importancia de todas estas causas, se irá di-

ciendo el modo de remediarlas, diciéndolo y también describiendo el modo de hacer la maniobra.

LENTITUD EXESIVA DEL TRABAJO.—

Entre las causas que detienen el trabajo, una de las más frecuentes es la exesiva dilatación de las paredes uterinas. Esta dilatación puede deberse á la hydropesia del amnios, que dilatando exesivamente las paredes del útero, las entorpece, y les quita la fuerza de contracción.

La partera al examinar á la paciente, notará contracciones débiles, que las dejan en un estado de ansiedad y sufrimiento continuo. Estas contracciones dejan entre sí intervalos muy grandes, y no parece que se efectúan sino en el fondo del útero, la bolsa amniótica no hace salida en el cuello del útero, como lo hace siempre en cada dolor cuando la contracción es general. A todo esto se agrega el gran volúmen del vientre, y la dilatación completa del cuello uterino.

La partera notando estos síntomas, y viendo que el segundo tiempo del tra-

bajo no adelanta, hará que se vea á un médico para consultarle la ruptura de la bolsa de las aguas, que dará por resultado la contracción uterina, la reaparición de los dolores, y la terminación del parto.

Cuando la plétora ó inchazon sanguínea de las paredes uterinas es la causa de la lentitud del trabajo, se conoce en que los dolores al principio muy enérgicos, disminuyen en frecuencia é intensidad: el cuello aunque blando, no se encuentra lleno con la parte que se presenta; síntomas generales de plétora acompañan por lo comun este estado del útero, la respiración es fatigada, el pulso duro, lleno, y los dolores muy irregulares en su frecuencia é intensidad. La sangría del brazo es el mejor medio que puede emplearse, consultando este dictámen con un médico.

La muerte del infante puede retardar el trabajo cuando depende de enfermedades de la madre, ó cuando ha dejado de vivir mucho tiempo, y por consiguiente ha dañado su permanencia los órganos de la madre.

La ruptura violenta de las membranas, muchas veces es causa de que se retarde el parto, pues encajándose la cabeza en el cuello del útero, tapa su orificio y no deja salir el agua sino gota á gota. Esto retarda la dilatacion del cuello, pues las contracciones uterinas hacen arrojar una poca del agua contenida, y no se hace dilatacion alguna.

Las impresiones morales retardan tambien el parto. La partera por lo mismo trabajará porque no se presenten estas causas.

Tambien un dolor ó enfermedad que se presente en el acto del parto, la distencion estremada de la vegiga, por la orina contenida, la debilidad del útero, son causas de lentitud en el trabajo, que atendiéndolas, darán por resultado la terminacion del parto.

La irregularidad de los dolores puede ser una causa de lentitud en el trabajo. Esta irregularidad puede notarse cuando son parciales las contracciones uterinas, tambien en el gran intervalo que dejan entre sí los dolores. Otra de las causas que llamará la atencion de la

partera, es que estos dolores no hacen avanzar el parto: la mujer llora, y se desespera, notando que sus sufrimientos no adelantan el trabajo. La partera observará si estas irregularidades se juntan con un pulso lleno muy desenvuelto, con la coloracion fuerte de la cara, pues en este caso consultará una extraccion de sangre por la vena: pero si por el contrario la mujer fuere nerviosa, é irritable, es mejor usar los baños, las unturas landanisadas sobre el abdómen, y aun algunas gotas de láudano usadas al interior en una bebida.

CAPITULO VIII.

DE LOS OBSTACULOS MECANICOS QUE SE
OPONEN A LA TERMINACION
DEL PARTO.

Son muy numerosos los obstáculos mecánicos que vuelven el parto difícil ó imposible. Enumeraré los mas comunes, diciendo el modo de socorrerlos.

ARTICULO 1.^o—VICIOS DE CONFORMACION
DE LA PELVIS.

La pelvis de la mujer, teniendo diversos diámetros, puede estar alterada por exceso ó defecto en cualquiera de ellos; pueden tener estos las dimensiones comunes, y sin embargo, las paredes de los estrechos estar viciadas por defecto la una, por exceso la otra; y ambas por defecto ó exceso. Cuando el vicio es por exceso, se suelen presentar varios riesgos, pero nunca como cuando la pelvis está viciada por defecto: así es que, durante el estado de vacuidad del útero, una pelvis viciada por exceso, no le proporciona un sostén conveniente, por lo que está espuesto á dislocarse hácia abajo, cuya dislocacion es conocida con el nombre de caída del útero. También puede dislocarse hácia adelante, el dirigiendo su fondo hácia adelante, y cuello hácia atrás, cuya dislocacion se conoce con el nombre de anteverision; y al contrario, su cuello adelante,

y su fondo hácia atrás, en cuyo caso se dice que hay retroversion.

En el estado de preñez, el útero se desenvuelve en la escavacion, y da lugar á compresiones del recto ó la vagina, por lo que se producen tenesmos muy molestos, y la dificultad del curso de las orinas, y materias ferales, desarrollando muchas veces varices ó tumores hemorroidales. Si los estrechos no están muy desarrollados, sino están en proporcion con la amplitud de la escavacion, el fondo de la matriz se ransversa en la concavidad del sacro, y al desarrollarse esta entraña, encuentra con el estrécho superior cuya dificultad no puede vencer, resultando en consecuencia el aborto.

En el acto del trabajo, la amplitud de la base espone á la mujer á todos los accidentes que resultan de un parto muy pronto. En los últimos dolores, cuando la mujer concentra toda su accion favoreciendo el parto, mal sostenida la matriz, puede ser arrojada hasta la vulva, puede ser desgarrado el cuello, si no

está dilatado. El infante arrojado precipitadamente, llega muy pronto al perineo, que puede desgarrarlo. La mujer sin aguardar el parto, todavía puede estar parada, y sin las precauciones que se toman para recibir al feto; esponer á éste á un golpe; y desprendiéndose bruscamente la placenta, venir una hemorragia. Por último, la matriz puede presentar un estado de inercia.

Todos estos accidentes debe evitar la partera, examinando con cuidado la pelvis de la mujer, y si notare una pelvis muy desarrollada, despues de consultar al médico este punto, hará que la mujer pára acostada, y evitará que haga muchos esfuerzos favoreciendo los dolores. Si el cuello no estuviere completamente dilatado, sino que empujado por las contracciones, viene á hacer salida hasta la vulva, se contendrá suavemente y se tratará de reponerlo en el intervalo de los dolores.

DE LAS ESTRECHEZES DE LA BASE.—
Una de las condiciones mas necesarias para que se efectúe el parto, es la pro-

porcion entre los diámetros de la base, y los del feto; porque ninguna cosa puede salir del interior de otra, si sus dimensiones no son iguales: así es que, en un estrechamiento de cualquiera parte de la base, el que opera, tiene que proporcionar los diámetros de la cabeza con los de la pelvis, ó tiene que disminuir la cabeza del feto, ó que agrandar la pelvis.

Lo primero puede hacerse en las pelvis oblicuas ovalares, cuando por vicios de conformacion, ó enfermedades anteriores, hay una detencion de desenvolvimiento de la mitad lateral del sacro, ó una fusion perfecta de la mitad del sacro, y del yleon correspondiente, ó tal vez una subintracion del hueso yleon. Todo esto da por resultado una pelvis defectuosa en un lado; pero tal vez muy exacta, ó tal vez mas amplia del lado opuesto. En este caso que examinará la partera, y fijará no solo por los antecedentes que relate la paciente, sino por el reconocimiento exterior, unido al reconocimiento interior que haga con el dedo explorador, de la forma interior de

los estrechos, recurrirá á un médico, que haciendo la version unas veces, y otras dejando al feto en su posicion natural, podrá terminar felizmente un parto, que á primera vista pareceria imposible de terminar, si se atendiera solo al lado viciado de la enferma.

¿Pero cuál seria el modo de terminarlo? creo debe estar al alcance de una partera instruida, porque como puede suceder muchas veces que no haya médico, ella debe obrar del modo siguiente; Notará la posicion que tiene la criatura: si son las posiciones izquierdas, y este fuere el lado viciado de la madre, será el caso de la version; pues una cabeza regular, no podrá pasar por este lado, y haciendo la version, se coloca la cabeza en el lado que no está viciado; pero si las posiciones fueren derechas, es el caso de dejar obrar á la naturaleza.

ESTRECHEZ ABSOLUTA — Cuando los diámetros de la pelvis sean mucho menores que los del feto, la partera lo sabrá porque hay signos racionales y sensibles que lo indican. Los primeros se

tomarán de los datos que en la niñez haya presentado la paciente, si ha sido difícil la marcha, si hay curvaturas de los miembros, ó de la columna vertebral. Si hay claudicación, en qué consiste; si á la falta de nutrición de un miembro, si á la curvatura de los huesos, si al aplastamiento de la pared antero-lateral de la base. Se examinará la pelvis y columna vertebral para notar el punto en donde se presentan las curvaturas, preguntará por las enfermedades anteriores etc.

Los signos físicos se tomarán de las dimensiones exteriores de la base y de la dimension interior de los diámetros: ambas cosas se hacen, la una por medio del compás de espesor, y la otra por el pelvimetro. El compás de espesor mide ciertos diámetros de la pelvis, que están reconocidos ser en una pelvis bien conformada, los siguientes:

Del medio de la cresta iliaca de un lado, al del lado opuesto: de nueve á diez pulgadas.

De la espina iliaca anterior y superior, á la del lado opuesto: ocho pulgadas.

De la espina iliaca anterior inferior á la del lado opuesto: siete pulgadas.

Del medio de la cresta iliaca, á la tuberosidad del inchion; de seis á siete pulgadas.

El estrecho superior divide esta distancia en dos partes iguales; de suerte que las partes laterales de la grande á la pequeña base tiene cada una de tres pulgadas á tres pulgadas y media.

De la parte anterior y superior de la symphysis pubiana, á la parte superior de la apofisis de la última vértebra de los lomos: de seis á siete pulgadas. De aquí se debe quitar dos pulgadas del espesor del sacro, y una de la symphysis pubiana, quedan cuatro pulgadas para el intervalo sacro-pubio.

De la tuberosidad sciática de un lado, á la espina iliaca posterior superior del lado opuesto, la estension media en una base ordinaria, es de cinco pulgadas tres cuartos.

De la espina iliaca antero-superior de un lado, á la espina iliaca postero-superior del otro, la estension media es de siete pulgadas.

De la apofisis espinosa de la última vértebra lombar, á la espina iliaca antero-superior de uno á otro lado, la estension media es de cinco pulgadas tres cuartas.

Del gran trochanter de un lado, á la espina iliaca postero-superior del lado opuesto: siete pulgadas tres cuartas.

Del medio del borde inferior de la symphysis del pubis, á la espina iliaca postero-superior del uno á otro lado, cinco pulgadas tres cuartos.

Todos estos diámetros encontrándose en una pelvis, se debe tener por bien conformada, á lo menos esteriormente; pero no debe quedar aquí la exploracion, sino que se debe hacer interiormente. En efecto, se han inventado un sin número de pelvímetros internos; pero la inseguridad de ellos, ha hecho numerosa su invencion: por último, los prácticos convienen en que el dedo es el que mejor puede fijar estas medidas, no solo porque él puede reconocer el estrecho superior; sino porque fijándose en el promontorio con mas seguridad, y dirigiéndose á la symphysis pubiana,

puede indicar con mucha exactitud el diámetro antero-superior.

Conocida la estrechez de la base por los signos racionales y sensibles de que hemos hablado, veamos ¿qué deberá hacerse en una cuyo diámetro mas pequeño sean tres pulgadas? El parto es posible espontáneamente, así es que la partera dejará obrar á la naturaleza; pero si las contracciones fueren enérgicas, si el cuello está bastante dilatado, y en seis ú ocho horas el parto no adelanta, aconsejará que se vea un médico, para la aplicacion del forceps.

Pero si la base fuere aun mas estrecha y presentase en su mayor diámetro tres pulgadas, notándose otros de dos y cuarto de pulgada ¿qué deberá hacerse? La partera debe darse por incompetente para obrar; pero debe saber que en este caso, se ocurría antes á la craniotomia; y que hoy se hace la version con la que muchas veces suele conseguirse que el feto salga vivo, particularmente si el mas pequeño diámetro en lugar de dos y cuarta de pulgada, tiene dos pulgadas tres cuartas. Si hecha

la version queda la cabeza detenida en el estrecho superior, es mas fácil la craniotomia, teniendo el cuerpo fuera de la cavidad; por otra parte, se puede evitar la aplicacion del forceps, que tal vez seria necesaria si aquella operacion se hiciera sin sacar el cuerpo. Pero si la base presenta dimensiones abajo de dos pulgadas y media ¿qué deberá hacerse? En este caso tiene que escojerse entre la operacion cesarea en persona viva, ó la mutilacion del feto. Es cierto que tales decisiones no competen á la partera; pero debe saber que la mutilacion debe escojerse por lo general.

ARTICULO 2º.—VICIOS DE CONFORMACION,
Ó RESISTENCIA DE LAS PARTES BLANDAS.

Ademas de los obstáculos que hemos referido que puedan presentar las partes sólidas, las partes blandas pueden ofrecer otros que impidan que el parto se verifique; así es que, pueden estar

unidos los grandes y pequeños lábios, puede subsistir el hymen aun despues del coito, puede la vulva estar estrecha, el perineo puede ofrecer una fuerte resistencia, la vagina puede estar mal conformada, ó puede estar ivertida.

En el primer caso, esto es cuando los lábios están unidos, la simple vista es bastante para conocerlo. La partera consultará este caso con un médico que debe operar; pero esta consulta debe hacerse antes que la mujer entre en trabajo.

La persistencia del hymen es otro vicio que luego se toca, y la partera tiene que avisar al médico para que haga lo conveniente.

Muchas veces se nota que la regidez de la vulva es la que se opone al parto, por lo comun en fuerza de las contracciones llega á ceder; pero algunas veces es la resistencia tan fuerte, que continuando las contracciones se adelgase el perineo, y la desgarradura de la comisura posterior y de una porcion del perineo es la consecuencia. En otros casos la contraccion de la matriz es

inútil, por que ella se estrella contra la estrechez de la vulva. La partera en esta y otras circunstancias de que hemos hablado, es el centinela apostado para decir el daño que se presenta, no para remediarlo. Ella debe avisar al médico, y lo debe hacer con tiempo, sin aguardar á que pase mucho despues de rotas las menbranas; por que de lo contrario el médico obraria en circunstancias muy desfavorables por la salida total de las aguas del amnios. En efecto, esto podria dar lugar á una contraccion muy fuerte de la matriz sobre el feto, lo que impediria la colocacion fácil de las ramas del forceps. Sucede muchas veces que la estrechez depende de cicatrices viciosas, por causa de algun parto, ó por enfermedades sifilíticas; ó de otras clases; pero que todas pueden dar por resultado una cicatriz viciosa. Entonces parece de necesidad una ruptura del perineo; pero en todos estos casos la partera informará á un médico, que obrando convenientemente, podrá evitar por una pequeña operacion, un desórden que puede traer muchas

consecuencias funestas á la parturiente.

El perineo puede oponer resistencia en personas robustas bien musculadas, y que paren por la primera vez. En este caso pueden suceder dos cosas: ó la matriz despues de grandes esfuerzos de espulsion comienza á ceder; se debilitan los dolores y se retardan mas: ó por el contrario continúan sin poder vencer la resistencia del perineo. En el primer caso se hará marchar á la enferma, se le frictionará el vientre con algun linimento exitante, se le hará sentar en la silla de partos, pues la posicion muchas veces ha renovado las contracciones, y se administrará el centeno de cuernecillo con consulta de un médico que debe fijar la dosis conveniente. En el segundo caso, esto es, cuando las contracciones siguen con la misma violencia, se debe uno abstener de fricciones escitantes y todo lo recomendado en el caso primero; pero lo que está prohibido absolutamente entonces, es el uso del centeno, que aumentaria las contracciones al grado de volverlas espasmódicas con grave per-

juicio del infante, que podría morir por la fuerza de estas contracciones; y de la madre en quien estas contracciones se vuelven tetánicas, y muchas veces han producido la ruptura del útero. La pomada de belladona al perineo, surte muy buenos efectos en este caso.

La vagina puede presentar muchos vicios de conformacion; puede estar obliterada incompletamente, y esta obliteracion ser efecto de espesamiento, ó supernutricion de sus paredes ó de bridas longitudinales ó transversales. Todos estos casos pueden ser congeniales ó accidentales; pero la partera en todos ellos debe avisar para que se hagan por el cirujano las operaciones necesarias.

El ranversamiento de la vagina es otro accidente que puede presentarse en consecuencia de lo voluminoso de la cabeza, de lo largo del trabajo etc. La membrana mucosa empujada por la cabeza del feto, forma fuera de la vulva un repliegue fungoso, lívido, de un volumen á veces tan considerable, que muchas ocasiones sirve de obstáculo á la

salida del feto. La partera reducirá esta prolongacion, y tratará de mantenerla reducida despues del parto, para lo que consultará con un médico los medios propios para esto.

CAPITULO IX.

TUMORES DE LA ESCAVACION, Y OTROS OBSTACULOS QUE IMPIDEN VARIAS VECES EL PARTO.

Son muchos los tumores que puede haber en la escavacion, pero ellos pueden dividirse en los que tienen su origen en las partes blandas, ó en las partes duras.

Comenzaré á hablar por los que tienen su origen en las partes duras.

Estos por lo comun son los exostosis, el osteo sarcoma, y los callos deformes. De todos ellos debo decir que la partera no tiene que hacer sino descubrirlos; así es que, presentaremos sus síntomas, advirtiéndole que deben ser muy equívocos

para personas que no tienen frecuencia de ver estas enfermedades. La dureza de estos tumores, y su adherencia originaria á las paredes huesosas, se han dado como signos característicos. Su rudeza y su fijeza se debe hacer constar, ellos hacen salida al interior de la vagina, empujando los órganos que están situados por delante.

El osteosarcoma solo podrá distinguirse del exostosis en las desigualdades que presenta, y tambien en la depresibilidad y blandura cartilaginosa que muchas veces descubre el tacto, tambien en la sensacion de crepitacion que ofreceria en ciertos puntos de su superficie.

Los callos deformes pueden presentarse con caracteres semejantes á los exostosis; pero aquí el conmemorativo, y otras circunstancias particulares, le aclararán al médico el diagnóstico que para la partera seria muy difícil fijar, por esta razon en todos estos casos, la partera solicitará informar á un médico, para que se haga lo conveniente.

Los tumores que pertenecen á las

partes blandas, son relativos á la vulva, á la vagina, al útero, etc. Mencionaré los mas comunes.

El edema de los grandes labios consiste en una hinchazon exagerada de ellos; pero una hinchazon trasparente depresible, y que aplicando el dedo, queda señalada su impresion. Cuando es muy manifiesta, pueden gangrenarse los labios con la compresion de la cabeza del feto. En este caso debe avisar la partera con el objeto de saber, si son necesarias algunas picaduras, que desahogando la parte, evite el accidente indicado.

Yo podria continuar describiendo otra porcion de tumores que pueden presentarse en la escavacion, debidos á la vagina, al útero, á los ovarios y á todas las partes blandas que allí se encuentran; pero reflexionando que en todos ellos, quien tiene que ver es el cirujano, me ha parecido omitir su descripcion, y dar por regla general, que luego que la partera observe cualquiera tumor en la escavacion, que oponga obstáculo á la salida del feto, debe avisar al cirujano

para que haga lo conveniente; y los únicos tumores que puede socorrer la partera, son aquellos que se forman en el recto, por la presencia de materias ferales. Estos llegan á tomar tal grado de dureza, que algunas veces pueden impedir el parto. Se citan por los autores algunos casos de esta naturaleza; entonces, despues de haber oido la partera la relacion de la enferma, si ha omitido que padece estreñimientos, se lo preguntará, y con esta aclaracion, y con la sensacion del tumor que debe haber notado al reconocerla, determinará algunas lavativas purgantes, que deje libre á la mujer de la incomodidad que produce el estreñimiento, y pueda verificarse el parto.

Tambien me parece competen á las parteras el conocimiento de otros obstáculos, que impiden el parto; quiero hablar de las oblicuidades uterinas: estas oblicuidades son anteriores, posteriores ó laterales. La oblicuidad anterior consiste en que el fondo del útero se inclina anteriormente. Esta oblicuidad es favorecida por la inclinacion del pla-

no del estrecho superior, y por una laxitud de las paredes abdominales. El peso del útero obrando sobre estas paredes, las hace ceder, y no solo el fondo de este órgano cae hácia adelante, sino que con su inclinacion dirige el cuello hácia la parte posterior de la escavacion. De aquí resulta, primero, que la exploracion es difícil, pues elevándose el cuello, y dirigiéndose hácia la parte posterior, el dedo explorador lo encuentra difícil-mente. La cavidad de la pequeña base, toda está llena por el cuerpo del útero; lo que impide tambien que el dedo encuentre su cuello. En segundo lugar, en el acto del trabajo, el cuello del útero se dilata con la mas grande dificultad, como que esta entraña no está en la direccion de su eje. Si la base es ancha, la cabeza del feto arroja delante de sí la parte anterior é inferior del útero que se presenta hasta la vulva, mientras que el orificio por donde debe salir el feto, se eleva hácia atrás. Si la base es estrecha, la pared uterina anterior se encuentra fuertemente oprimida por la cabeza contra uno de los

puntos del estrecho superior. Resulta de esto, que la distension tan fuerte que sufre el útero en el primer caso, y la compresion que sufre en el segundo, esponen al órgano ó á la desgarradura, ó á la gangrena; y en ambos, hay un obstáculo para la terminacion espontánea del parto.

La oblicuidad posterior impide el que se termine el parto, de otro modo; pues aquí la elevacion del cuello es hácia la symphysis pubiana, la parte posterior inferior del órgano, es la que se presenta en la escavacion, impidiendo que se reconozca la posicion de la criatura. Todo esto lo produce la gran resistencia de las paredes abdominales, comparada con la distencion del útero; pero los accidentes que podrian venir, son iguales á los de la oblicuidad anterior, esto es que, en una base un poco ancha ó estrecha, está espuesto el órgano á la desgarradura ó á la gangrena.

Las oblicuidades laterales raras veces oponen un obstáculo serio á la terminacion del parto. Lo que hacen con frecuencia es cambiar la presentacion, y

prolongar indefinidamente el parto, si una partera diestra viendo la posición lateral del cuello, el volúmen del útero en la escavacion, y la demora que sufre el parto no hace ver á un cirujano que termine el parto por una aplicacion de forceps. De otro modo se creerá que el parto va á terminarse, porque la cabeza se siente á través de las paredes uterinas, tal vez al descubierto cuando el cuello está dilatado; pero la poca impulsión que aquí se siente, hace el parto interminable por solo los esfuerzos uterinos. Estas oblicuidades son algo frecuentes, particularmente la lateral derecha.

En cuanto á lo que se debe hacer en la anteversion y retro-version, primero que todo será la posición. En la anteversion se mantendrá á la mujer acostada boca arriba, un vendage ancho sobre el vientre fijará la posición; pero al mismo tiempo se obrará sobre el cuerpo del útero soliviándolo lo posible; tambien con dos dedos introducidos en el cuello uterino, se le atraerá suavemente en los intervalos de los dolores. En la

oblicuidad posterior se situará á la mujer precisamente en la silla de partos de que he hablado, la mujer inclinándose hácia adelante, favorece el enderezamiento del útero, y la partera si no hay médico, que lo haga, introducirá los dedos en el orificio uterino, y lo dirigirá hácia el centro de la escavacion.

Hay otros obstáculos al parto que oponen el cuello y el cuerpo del útero, que pueden ser socorridos hasta cierto punto por la partera; pero que si no ceden, tiene que consultar al médico: estos son la rigidez del cuello, su retraccion espasmódica, y el alargamiento del labio anterior.

La rigidez del cuello consiste en una estension extraordinaria que suelen tener sus fibras. Esta rigidez se nota, cuando el parto se ha declarado prematuramente, y tambien en las mujeres de edad, aquí no hay una contraccion inflamatoria, ni espasmódica, lo que verdaderamente hay, es una falta de dilatacion mecánica que impide el parto. En este caso la partera ordenará un baño, y si las fuerzas de la enferma lo permiten

y no hubiere médico á quien consultar, podrá ordenar una sangría, con cuyos medios se triunfará de un obstáculo que impide varias veces el parto.

Sucedé á ocasiones, que en el estado de dilatacion del cuello, sobreviene repentinamente una contraccion, y que permanece por algun tiempo presentando un orificio arredondado, de borde muy delgado, mas sensible y mas caliente que anteriormente. En tales casos, la partera llevará al orificio uterino una poca de pomada de belladona, ó mejor un poco de su extracto reblandecido; usará de los baños, de lavatibas laudanzadas; pero si no cediere á estos medios, llamará á un médico que tendrá tal vez que hacer una corta operacion.

En la tumefaccion del labio anterior, casi nada tiene que hacer la partera, únicamente dar aviso al médico: pero para que sepa lo que pasa, debo decir, que muchas veces antes de la dilatacion completa del cuello, fuertes contracciones uterinas introducen en él la cabeza; el labio anterior se encuentra entonces comprimido, y aun algunas ve-

ces llevado hasta la vulva. Cuando la partera nota esto, y advierte el dolor de la paciente, debe avisar para que se haga lo conveniente, advirtiéndole de paso que todo esto se verifica en tan poco tiempo, que muchas veces se termina el parto antes de poder auxiliarlo; pero siempre la partera avisará, porque el cuello del útero puede quedar resentido gravemente.

Hay otros obstáculos como la obliteración del cuello; los abscesos en esta parte, su induración, ó hipertrofia, el cáncer, las hernias, el prolapsus, y otras enfermedades en que la partera no puede hacer nada, sino lo que el médico ordene, por esta razón no hablo de ninguno de ellos.

CAPITULO X.

OBSTACULOS AL PARTO, DEBIDOS AL FETO Y SUS ANEXOS.

No solo se necesita en un parto para que termine bien, que la madre esté

bien conformada, sino que es necesario igualmente, que el feto por su volúmen, ó el de algunas de las partes blandas que tienen que franquear la escavacion, no se oponga á este resultado. También es necesario que se presente por una de las extremidades de su grande eje, para que el parto sea posible, pues que á escepcion de algunos casos raros, el parto no puede hacerse sino por una de sus extremidades.

Las diversas hydropesías que el feto puede padecer en la cavidad uterina, presentan un obstáculo mecánico que no puede ser vencido sino por la disminucion ó desaparecimiento de él. Estas hydropesías consisten en derrames, que se hacen en las cavidades naturales del cuerpo del infante, y que aumentan á proporcion que aumenta su causa, ó con solo mantenerse en el mismo grado de intensidad; pues como no hay parte por donde salga el líquido depositado, va aumentando cada dia conforme se exhala en la cavidad. Las hydropesías son conocidas con los nombres de hydrocephalo, hydrotorax y ascitis, pudien-

do tambien contarse la anasarca como obstáculo á la salida del feto.

El hydrocéfalo es un derrame ó infiltracion de serosidad al interior del cráneo, este derrame da por resultado el aumento de volúmen de la cabeza, y aunque á la partera no le toque ni remediar este accidente, ni disminuir el obstáculo que si presenta, para la terminacion del parto; si le pertenece luego que note los signos que indiquen este accidente, participarlo al facultativo para que obre convenientemente. Estos son una superficie ancha y poco convexa, que cubre todos los puntos del estrecho superior, sin introducirse en el estrecho, esta superficie tiene una consistencia variada en los diversos puntos de su extension: dura y resistente en el acto de los dolores, ella es blanda y fluctuante luego que pasan, pudiendo reconocerse cuando se explora con atencion, porciones de hueso separadas por interválos membranosos muy extensos. Si la cabeza no se presenta por su vértice, son menos sensibles estos síntomas, pero siempre la separacion de las suturas se hace sentir.

En cuanto al hydrotorax ó hydrope-
sía de pecho, la dilatación de los espa-
cios intercostales, unida al gran volú-
men del pecho, la podrán hacer sos-
pechar.

La ascitis ó hydropesía de vientre,
se conoce en la gran distancia que pre-
senta el abdomen.

La anasarca ó hydropesía del tegido
celular, puede ser un obstáculo para la
terminación del parto, por el abulta-
miento de los miembros, reunido al de
todo el cuerpo, de modo que el feto
presenta un volumen extraordinario: pe-
ro aquí lo que verdaderamente impide
la salida del feto, es el gran volumen
de la cabeza, que infiltrada exteriormen-
te, presenta lo que algunos autores
llaman hydrocéphalo externo. La par-
tera puede percibir este estado por la
blandura y depresión que sienten los
dedos al tocar la cabeza.

Hay otra tumefacción que presenta
el feto, que la partera puede descono-
cer con frecuencia por la rareza con
que se presenta, y por la poca práctica
que debe por lo mismo tener en reco-

nocerla, quiero hablar del emphisema. Con toda la sensacion de crepitacion que dan estos tumores al tocarse, los caracteriza bastante bien; de modo que esta sensacion comparada por algunos á los que dan los intestinos secos, unida á las señales de putrefaccion que haya dado el feto, decidirán á la partera á comunicarle al facultativo sus indagaciones, para que pueda obrar como conviene.

ARTICULO 1.^o DE LAS MONSTRUOSIDADES QUE PUEDEN Oponer OBSTACULOS AL PARTO.

Aunque el feto puede ser monstruoso de varios modos, no todas las monstruosidades se oponen á la terminacion del parto; sino solo aquellas en que resulte exeso de volúmen. Parece que solo de estas debiera hablar; pero siendo una de las monstruosidades mas frecuentes la asephalía, hablaré de ella, no porque oponga obstáculo al parto; sino por que es fácil confundirla con la presentacion de

la placenta. En efecto, como que en esta monstruosidad no hay cabeza, se presentan en su lugar algunos huesos que indicarian al momento de lo que se trataba, sino fuera porque están envueltos en grandes coágulos que ocupan el lugar de la cabeza; muchas veces sostenidos por membranas, pero las mas el coágulo se presenta desnudo, lo que da lugar á la equivocacion referida. La partera se informará si la paciente ha tenido hemorragias en los últimos meses, con cuyo dato, y el reconocer que no hay nada unido al cuello, hundirá su dedo en el coágulo, en donde encontrará fracciones de hueso que no le dejarán duda de lo que se trata; guardará el mayor silencio sobre su diagnóstico, escepto si hay médico, á quien comunicará sus observaciones.

Pero una de las monstruosidades que presentan los mas grandes obstáculos á su salida, es la adherencia de dos fetos. La partera encargada de la asistencia de la mujer, la debe haber reconocido y observado en su embarazo, y es muy posible tener conocimiento que

se trata de dos gemelos, pues por lo comun el vientre es muy voluminoso, en lugar de presentarse en la parte media la línea mas elevada, está por el contrario deprimida. Las movimientos del feto, los siente la mujer por lo comun en dos partes muy lejanas. La auscultacion puede ser de gran recurso, pues se oirán los ruidos que pertenecen al feto en dos partes muy distintas. El peloteo no es posible en estas circunstancias, pues la presencia del otro feto impedirá la ascension del que se presente.

En el trabajo, el diagnóstico con estos antecedentes, puede tener alguna claridad: pero no habrá la misma para saber si estos fetos están unidos: en efecto, solo habrá presunciones, que se pondrán en el conocimiento del médico, para que pueda apreciarlos. Estas son la sensacion de dos bolsas, la salida de las aguas del amnios en dos veces bien distintas y bien separadas. En caso que se tengan que romper dos bolsas, la presencia de gemelos distintos es cierta. Si con una cabeza descenden dos

ó un solo pié; si estos pies ceden á las tracciones, y aun salen afuera sin que la cabeza tienda á subir, se puede asegurar que hay dos fetos, porque no se ha visto monstruosidad alguna en que un feto tenga la cabeza pegada á los pies del otro.

Aunque de lo único que debiera tratar en este artículo, debería ser de como se conoceria la monstruosidad de fetos múltiples y adherentes, como esta no puede conocerse sino por exclusion, he dado los caracteres de cuando no están adherentes, para que por su falta se pueda llegar á conocer cuando lo estén. Pero aquí se presenta la ocasion de hablar de lo que debe hacer la partera, así en la monstruosidad de que vamos hablando, como cuando solo hay gemelos. En el primer caso, se tiene que avisar á un médico, pues tal vez se tendrán que hacer operaciones, que no son de la incumbencia de la partera. Es cierto que en muchos casos la naturaleza basta para terminarlos; pero en general el arte tiene que intervenir.

Pero si los fetos estuvieren separados,

generalmente el parto del primero se hace muy pronto, porque por lo comun ambos fetos son pequeños, y el que está mas próximo, sale á las primeras contracciones luego que el cuello se dilata. La partera, conociendo por el volúmen y dureza del vientre, que hay otro feto, debe cerciorarse por el dedo explorador, y conocido el caso, debe aguardar á que se termine como el primero, espontáneamente. Por lo comun tarda muchas horas en verificarse el parto del segundo feto, dependiendo esto de varias circunstancias; pero las mas comunes son falta de ruptura de la bolsa de las aguas, falta de acomodamiento del feto á la contraccion del útero por la escesiva dilatacion que ha sufrido, ó si hay acomodamiento, la contraccion no es total sino lateral. Pero continuando las contracciones, la cabeza se viene al orificio del útero, y se termina el parto naturalmente.

Se infiere de todo lo dicho, que la monstruosidad de que voy hablando, quiere decir, que los fetos múltiples y adherentes, solo su conocimiento perte-

nece á la partera, pues el tratamiento aunque no sea siempre quirúrgico por lo general es: segundo que los gemelos cuando no están adheridos, puede ser un parto conocido y tratado por una partera.

ARTICULO 2.^o—BREVEDAD DEL CORDON
UMBILICAL.

La brevedad del cordon es otro obstáculo mecánico, que el feto puede oponer á su salida. Esta brevedad resulta por lo comun, de los circulares que forma al rededor del cuello, ó del tronco, pues un cordon muy corto raras veces se encuentra. Las dificultades que opone la brevedad del cordon, comienzan á hacerse sentir en el periodo de espulsion del feto, y puede detenerlo en el estrecho superior y en la escavacion. En ambos puntos, cuando la brevedad depende del enredamiento del cordon en el cuello, ó en otra parte del feto, puede peligrar éste por asfixia ó por

apoplejía. Es, pues, necesario, que la partera, aconsejándose de un médico, proceda á romper las membranas, cuando por su intermedio se sientan los circulares del cordón: de este modo el útero vendrá sobre sí mismo, su fondo se acercará á su cuello, y el cordón permitirá á la cabeza descender á la escavacion. Si la cabeza está en el estrecho inferior, es necesario apresurarse á hacer algunas tracciones sobre la estremidad placentar del cordón, haciéndolas con prudencia por temor de romperlo. Se tratará igualmente de desenredarlo por la estremidad placentar, y si aun opone alguna dificultad, se cortará dentro de la misma vagina, haciendo antes una ligadura en la parte superior. Si la espulsion fuere muy lenta, debe comprimirse ligeramente entre los dedos el cabo fetal del cordón, dejando antes que sangre un poco, pues como dije ya, el feto viene muchas veces en un estado apoplético. Si fuere pronta esta espulsion, no es necesario tal compresion.

ARTICULO 3.^o—POSICIONES VICIOSAS DE
LA CABEZA DEL FETO.

Los antiguos daban el nombre de posiciones viciosas del feto, todas aquellas en las que el vértice no correspondia al cuello del útero; pero ya he dicho que el parto puede hacerse naturalmente en la presentacion de la cara, y en los del asiento. Tambien he dicho, y si no advierto ahora, que las posiciones de la cara no ofrecen ningun obstáculo mecánico al feto; pero siempre ofrecen mayores dificultades que cuando el feto se presenta por la cabeza, debidas en el primer caso, á que la marcha del feto se hace presentando la base, del cono que representa la cabeza, y en el segundo, presentándose el vértice. Tambien sucede que en aquella presentacion se van presentando diámetros mayores al estrecho superior.

Las presentaciones de la cabeza, de la cara, y del asiento, ó son regulares, y

entonces pertenecen al parto natural, ó son irregulares, ó inclinadas, y entonces necesitan la intervencion del arte.

Las posiciones inclinadas de la cabeza son aquellas en que el feto presenta al estrecho superior, los lados, ó la parte anterior de la cabeza. En esta última posicion, la cabeza presentaria uno de los mayores diámetros al estrecho superior, pues se presentaria el diámetro antero-posterior y aunque en esta posicion pudiera absolutamente hablando, terminarse el parto, cualquiera falta de relacion podria impedirlo. Entonces la partera debe avisar á un médico; pero si no hubiere, la maniobra es sencilla; se tratará de cambiar la posicion de la cabeza doblándola sobre el pecho, para que venga á presentarse el diámetro sub-occipito-bregmático al estrecho superior; pero si la cabeza se hubiere metido en el estrecho, entonces se debe rechazar, introduciendo la mano izquierda si se trata de las posiciones occipito-iliacas izquierdas, y la mano derecha en las occipito-iliacas derechas, y con las puntas de los dedos

se la llevará á la fosa iliaca correspondiente, á la mano que opera: despues se pasa la mano por el lado izquierdo del feto, en el primer caso: por el lado derecho, en el segundo: se seguirá por la espalda y cadera para ganar los piés, y traerlos juntos ó separados á la vagina. Si hubiere enclavamiento, es necesario una operacion quirúrgica instrumental que no compete á la partera.

PRESENTACION DE LAS PARTES LATERALES DE LA CABEZA.—En estas posiciones es imposible que pueda hacerse el parto, por presentarse al estrecho superior, aunque lateralmente, el diámetro occipito—barbado: es pues necesario cambiarla enderezando la cabeza, y colocando el occipucio en lugar de su parte lateral. Esto puede muy bien hacerlo la partera, cuando la cabeza no está metida en el estrecho superior. Si estuviere metida, veamos el modo de hacer la maniobra: pero antes diré que debe reconocerse bien, y asegurarse de la presencia de la oreja y del ángulo de la mandíbula inferior. Conocido esto, pongamos el ejemplo de que se presenta el

lado derecho de la cabeza del infante, al estrecho superior, en las posiciones occipito-iliaca izquierda anterior; en este caso el vértice corresponde á la fosa iliaca izquierda, la cara al sacro, el borde posterior de la oreja al hueso pubis. La mano derecha levanta la cabeza, la lleva á la fosa iliaca izquierda, se sigue el lado derecho para buscar los pies y terminar.

PRESENTACION DEL LADO IZQUIERDO.

—Aquí el vértice de la cabeza corresponde á la fosa iliaca izquierda, la cara al pubis, el borde posterior de la oreja al sacro,

MANIOBRA.—Se introduce la mano derecha que levanta la cabeza, y la lleva á la fosa iliaca izquierda, se buscan los pies para terminar lo mismo que anteriormente.

POSICION OCCIPITO-ILIACA DERECHA ANTERIOR.—PRESENTACION DEL LADO DERECHO.—El vértice de la cabeza corresponde á la fosa iliaca derecha en su parte inferior, y la cara al pubis.

MANIOBRA.—La mano derecha diri-

gida hácia el occipucio para ponerle en la fosa iliaca derecha, va por lo largo de las partes laterales derechas del infante hasta los pies para terminar el parto.

LA MISMA POSICION PRESENTANDO EL LADO IZQUIERDO.—La cara corresponde al sacro, el borde posterior de la oreja á la parte anterior ó symphysis pubiana.

MANIOBRA.—La mano izquierda colocará el occipucio en la fosa iliaca derecha, seguirá por el lado izquierdo del infante hasta encontrar los pies y terminar el parto.

POSICIONES FRONTO-ILIACAS IZQUIERDAS.—1.^a PRESENTACION DEL LADO DERECHO.—El vértice corresponde al centro del estrecho, la cara al lado izquierdo de la pelvis, el occiput al lado derecho.

MANIOBRA.—Se introduce la mano izquierda, rechaza la cabeza á la fosa iliaca izquierda; despues se dirige la mano hácia los pies para terminar el parto.

2.^a POSICION —PRESENTACION DEL LADO IZQUIERDO.—La cara del infante

corresponde al lado derecho de la pelvis, y el vértice al pubis.

MANIOBRA.—Se lleva la mano izquierda por el lado derecho de la pelvis, se quita la cabeza de donde está; se la empuja hácia la fosa iliaca izquierda, se buscan los pies, y se termina el parto.

POSICIONES FRONTO-SACRO-ILIACAS.—

1.^a PRESENTACION DEL LADO IZQUIERDO.

—El vértice de la cabeza mira al sacro, y la cara al lado izquierdo de la pelvis.

MANIOBRA.—La mano derecha dirigida al lado izquierdo de la pelvis, levantará la cabeza, y la pondrá en la fosa iliaca derecha para terminar el parto por los pies.

2.^a POSICION.—PRESENTACION DEL LADO DERECHO.—El vértice de la cabeza corresponde á la symphysis sacro-iliaca derecha, y la cara al lado derecho de la pelvis.

MANIOBRA.—La mano izquierda arrollará la cabeza y la pondrá en la fosa iliaca izquierda, pára terminar el parto por los pies.

Aunque he descrito la maniobra, que traen autores de nota en las circunstan-

cias referidas, creo sin embargo, que si la partera puede llevar de un lado á otro la cabeza, como hemos referido, es mejor y mas fácil enderezarla un poco y colocar el occipucio en el centro de la escavacion. Entonces un parto artificial se convierte en uno natural, dejando obrar á la naturaleza.



**ARTÍCULO 4.º—POSICIONES INCLINADAS
DE LA PELVIS.**

En estas posiciones se introduce fuertemente una de las caderas, de modo que no deja la introduccion de la otra. Algunas veces es el sacro el que se introduce, y presentándose una superficie ancha, no deja que el feto marche,

Como por lo comun la oblicuidad del útero es la que da origen á estas inclinaciones, tratará de corregirse por medio de la posicion. Si esto no se consigue, se levantará la parte que se haya introducido, se colocará en una de las

fosas iliacas, y se irá á buscar los pies, por donde se terminará el parto.

ARTICULO 5.^o POSICIONES INCLINADAS
DE LA CARA.

En las posiciones de que vamos á hablar, muchas veces la reduccion espontánea suele hacerse; pero una partera diestra no debe aguardar á que esto se haga; pues muchas veces una fuerte extension de la cabeza hace que la barba se presente en el centro de la excavacion, otras ocasiones presenta diámetros desfavorables al estrecho superior, y aun el tronco tiende á descender con la cara, oponiéndole por consiguiente obstáculo á su salida. La contraccion transmitida por el rachis, mas bien aumenta la inclinacion que la endereza; así es que, en estos casos es necesario, no ser confiada, si no obraren circunstancias favorables.

En la primera parte de esta obra indiqué que las posiciones de la cara para ser favorables, deben ser mento-pubianas. En las posiciones mento-anterio-

res es fácil que el feto tome aquella posicion; pero es muy difícil en los casos en que la barba mira hácia su mitad posterior del estrecho superior y algunas veces no puede verificarse el parto, constituyendo entonces una de las mas sérias dificultades del arte. Cazeaux precisa las indicaciones que deben llenarse en los casos siguientes, y que tienen relacion algunos con las parteras: y son, 1.^o Una mujer está hace tiempo de parto, las membranas están rotas, y las aguas han salido hace cinco ó seis horas. Las contracciones úterinas han sido muy enérgicas, desde el flujo de las aguas, el tacto hace reconocer una buena conformacion de la base, una dilatacion completa y alguna resistencia del cuello úterino, y sin embargo, la parte que se presenta queda elevada sin meterse en la excavacion. Buscando cuales puedan ser en circunstancias tan favorables, la causa de que se detenga la parte sin bajar á la excavacion, se percibe que la cara se presenta en posicion mento-posterior. Hay razon para concluir, que la lentitud del

trabajo se debe, á la falta de reduccion de la posicion mento-posterior en anterior. En este caso es necesario pensar en convertir la posicion de la cara, en posicion de la cabeza. Para esto se introduce la mano derecha en el caso de que la barba esté dirigida á derecha y atrás: y la izquierda cuando la barba sea dirigida á izquierda y atrás: despues de haber subido la cara con la mano de plano, obrando sobre ella, se ensaya retrocederla arriba del estrecho superior, y si esto surte, se baja el vértice con la cara palmar de los cuatro dedos, doblando la cabeza sobre el pecho.

De este modo queda convertida la posicion de la cara en posicion de la cabeza, y entonces se dejará obrar al útero. Si esta maniobra no surte, es necesario recurrir á la version pelviana. En segundo lugar si la posicion mento-posterior, estuviere ya muy adelantada, ó aun arriba del estrecho superior, y se presentara un accidente que necesitase la pronta terminacion del parto; es necesario inmediatamente hacer la version pelviana.

3º Si la posición mento posterior coincide con un estrechamiento moderado de la base, la mayor parte de los autores aconsejan, operar la conversión de la posición facial en posición de la cabeza, después de aplicar el forceps sobre la extremidad cefálica doblada. Esta versión en concepto de Cazeaux es muy difícil después de la ruptura de las membranas, particularmente si ha pasado mucho tiempo. Este autor prefiere la versión pódalica que en defecto de facultivo podría hacerse por la partera.

4º Hay casos desgraciados en que la reposición es imposible, sea por que la cabeza ha franqueado el cuello del útero, sea por que la violenta retracción del útero hace todo esfuerzo inútil: entonces la versión cefálica y la versión pelviana, son imposibles; pero entonces la partera no tiene que hacer, pues es un caso que pertenece á la parte quirúrgica del parto,

Se infiere de lo dicho, que el parto por la cara, en las posiciones mento posteriores, regularmente es operable;

que esta operacion cuando es manual puede desempeñarse por la partera faltando médico, y que ésta debe llevar por regla general, convertir la posicion mento posterior, en posiciones de la cabeza. Cuando esto no pueda, ó vinieren accidentes imprevistos, hará la version pelviana.

ARTÍCULO 6.º—POSICIONES DEL TRONCO.

Esta seccion comprende los partos en los que presenta la criatura alguna de las grandes superficies del tronco, y se compone de la presentacion de las espaldas, del vientre, del pecho y de los hombros, complicada ó no con la salida del brazo. La terminacion de los partos comprendidos en esta seccion, forma esencialmente lo que se llama la maniobra.

El carácter fundamental de la maniobra relativa á la terminacion de los partos, en los cuales el infante ofrece cualquiera otra presentacion, es que su salida se hace por las partes que se

presentan. No sucede lo mismo con la maniobra relativa á las presentaciones del tronco: en esta es necesario volverlo, para que pueda salir fuera de la cavidad, pues aunque hay versiones espontáneas, estos son casos excepcionales debidos á mil circunstancias, de las que algunas he señalado. La version puede ser cephalica ó podálica; pues el feto puede muchas veces ser enderezado como hemos dicho en las presentaciones de la cara, ó puede hacerse la version por los pies como vamos ha decir:

PRESENTACION DE LAS ESPALDAS.—
1.^a POSICION.—Las espaldas no pueden presentarse sino en dos posiciones del feto: la primera es aquella en que el infante estando atravesado, tiene su cabeza en la fosa iliaca izquierda, y los pies en la fosa iliaca derecha. Esta posicion se reconoce en un tumor ancho, resistente, que presenta transversalmente una espina saliente, que señala las apofisis espinosas de las vértebras, por una parte el borde de las costillas falsas, y por otra; la presencia

de las escápulas, indican bastantemente la situacion de la criatura. La partera si se decidiere á obrar, en caso en que no haya médico, introduce la mano derecha en supinacion, abarca el infante con ella, haciéndole ejecutar un lijero movimiento sobre él mismo, en virtud del cual se atraen las espaldas hácia la symphysis pubiana: entonces se lleva la mano por las superficies anteriores del infante, y despues de haber reconocido el vientre, y la parte anterior de los muslos, coge las rodillas y en seguida los pies, para traerlos juntamente hácia la cavidad cotyloide derecha, colocando al infante en segunda posicion de pies y terminando con esto el parto.

2.^a POSICION.—La situacion del infante en la segunda posicion, es inversa á la primera. Cabeza á la derecha, pies á la izquierda, escápula derecha parte anterior, escápula izquierda parte posterior; el espinazo lo mismo que en la anterior posicion, en la línea media. Para terminarlo, se introduce la mano izquierda y se hace lo mismo que en la anterior posicion.

PRESENTACION DEL VIENTRE.—Estas posiciones son muy fatigantes para el feto, pues está doblado en contra de su flexion natural. Se conoce fácilmente por la presencia del cordon umbilical, que por lo comun sale afuera. La partera debe reconocer la presentacion, y entonces reconocerá á la izquierda el arco que forman las costillas, y hácia la derecha la cresta de los huesos iliacos, y aun los órganos de la generacion. El infante tiene apoyado el pecho en la fosa iliaca izquierda, y la cara ve hácia la parte superior. La estremidad podalica, parte esta en la fosa iliaca derecha, y parte tocando la cabeza en la parte superior. La partera introducirá la mano derecha, recorre ellado izquierdo del infante hasta llegar á los pies, que los voltará con sumo cuidado; pues mirando por lo regular hácia arriba, seria muy fácil una luxacion, en caso de esfuerzos inconsiderados, por parte de la partera,

2.^a POSICION DEL VIENTRE.—Aquí la situacion del niño es inversa á la anterior. Ella exige para terminar con fa-

cilidad el parto, introducir la mano izquierda, seguir por el lado derecho del feto á coger los pies. Muchas veces no se puede sacar sino un solo pie, en este caso se echa un lazo al pié salido, para ir á buscar el otro. El lazo se hará con una venda de dos á tres dedos de ancho, y se confiará á la persona que esté inmediata á la partera.

PRESENTACION DEL PECHO.—La situacion del infante, es aquí mas fatigosa y mas espuesta, que en la presentacion del vientre; pues la encorvadura que aquí tiene está mas lejos del centro de la criatura, siendo ademas en el mismo sentido, esto es; contrario á la flexion natural. La dificultad de la maniobra es mayor, pues los pies se alcanzan con mayor dificultad. Es cierto que muchos autores aconsejan en este caso, la version cephalica, y siempre que pueda hacerse, se debe hacer; pero aquí la partera se podria encontrar con otro inconveniente mayor, cual seria que si no habia contracciones uterinas, ó si habia falta de relacion entre los diámetros de la cabeza, con los de la pelvis de la ma-

dre, se encontraria la cabeza sin poder pasar adelante, y despues de una maniobra larga, y tal vez dolorosa, se vendria á hacer uso de la version por los pies.

1.^a POSICION DEL PECHO.—La cabeza está á la izquierda de la pelvis, y la extremidad podálica á la derecha. Se introduce la mano derecha, se siguen el lado izquierdo del infante, y se van á buscar los pies, que por estar muy lejos, es mas difícil alcanzarlos, y se termina el parto.

2.^a POSICION DEL PECHO.—La situacion del infante es inversa, pues la cabeza está á la derecha, y los pies á la izquierda. La maniobra consiste en introducir la mano izquierda, traer al infante hácia adelante, seguir su lado derecho, hasta encontrar los pies que se bajarán á la escavacion, terminándose en seguida el parto.

PRESENTACION DE LOS HOMBROS.—
HOMBRO DERECHO EN PRIMERA POSICION.—Como se observa aquí la presentacion del hombro, fija la posicion de la criatura, y hace variar la maniobra, segun se

presentan signos diversos, que hacen reconocer una ú otra posicion: así es que cuando se presenta el hombro derecho se conoce, en que el dedo siente un tumor arredondado, voluminoso, y resistente, muy parecido al que podrian presentar á primera vista el codo, la rodilla etc.; pero si el dedo se introduce mas, se descubre luego por una parte el omoplato, y por la otra la clavícula, como tambien las primeras costillas. Esto no deja duda que el hombro se presenta; pero para saber qué hombro es; si derecho ó izquierdo, y si está en primera ó segunda posicion, es necesario saber si el dorso ve anteriormente 1.^a posicion: ó si ve hácia la parte posterior.

2. POSICION DEL HOMBRO DERECHO.—
En la primera posicion la cabeza está en la fosa iliaca izquierda, y en la segunda está en la fosa iliaca derecha, y los pies en la izquierda. Conocida que es la posicion del feto, veamos el modo de hacer la maniobra.

En la primera posicion se introduce la mano derecha, se lleva hácia el pubis la

criatura, se pasa la mano por las superficies anteriores y se va á buscar los pies.

En la segunda posicion se introduce la mano izquierda, se hace retroceder el cuerpo de la criatura, se busca las superficies anteriores, y se termina el parto por los pies.

1.^a POSICION DEL HOMBRO IZQUIERDO. Esta posicion no se diferencia de la precedente, sino en la situacion de la cabeza que está en la fosa iliaca izquierda, y en la de los pies que corresponden á la fosa iliaca derecha.

Exige para maniobrar, el uso de la mano derecha, que se introduce para buscar las superficies anteriores del infante hasta tomar los pies que se deben tomar juntos, para traerlos á la escavacion, cogiendo de preferencia el pié derecho, por ser el mas lejos y favorece el movimiento de version hácia abajo, para terminar el parto en la primera variedad de la segunda posicion.

2.^a POSICION DEL HOMBRO IZQUIERDO. —Esta tiene la mas perfecta analogia con la primera del hombro derecho, pues la superficie anterior ve hácia aba-

jo y atrás, la cabeza reposa en la fosa iliaca derecha, lo que hace diferenciarlas completamente, y los pies en la fosa iliaca izquierda, sus superficies posteriores están hácia arriba y adelante. Para hacer la maniobra se introduce la mano izquierda, se lleva hasta el hombro de la criatura, la que se debe arrollar un poco, imprimiéndole un ligero movimiento de rotacion sobre el mismo, para poner las superficies anteriores enteramente hácia abajo, puestas de este modo, la mano se escurre por estas mismas superficies de derecha á izquierda hasta los pies, que se cojen juntos ó separados para traerlos á la parte posterior de la cavidad cotyloides izquierda, y terminar el parto.

PRESENTACIONES DEL HOMBRO CON SALIDA DEL BRAZO.— Algunos prácticos han aconsejado cuando se presenta el brazo al exterior, volver hacerlo entrar para buscar los pies; pero esta maniobra frecuentemente es inútil, muchas veces imposible, y algunas peligrosa; porque por una parte el miembro vuelve á salir á la primera contraccion del útero;

y por otra, con las repetidas tentativas, se fatigan é irritan necesariamente las partes de la mujer, que estando hinchadas y tumefactas, pueden llegar á ser un obstáculo insuperable para la terminacion del parto. Por esta razon, lo que debe hacerse es ejecutar la maniobra como si no hubiera brazo; esto es, ir á buscar los pies y considerar la salida del brazo como una circunstancia que complica la salida del infante, pero que no la impide.

1.^a POSICION DEL HOMBRO DERECHO CON EL BRAZO DE FUERA.—Despues de reconocida la posicion por la inspeccion del brazo que está afuera, se le echa un lazo á éste y se le da á la persona inmediata. Esta se coloca al lado derecho del operador; entonces se mete la mano derecha hasta el sobaco de la criatura, y basta levantarla hacia la fosa iliaca izquierda, para que las contracciones uterinas arrojen al infante por los pies. Cuando esto no sucede, el operador llama hácia el pubis la criatura, corre su mano por las superficies anteriores hasta encontrar los pies, terminando el parto

en cualquiera variedad de la segunda posición. Pero para hacer esta maniobra se necesita reconocer bien la mano que ha salido, para fijar la posición: en efecto, el pulgar nos indica la situación de la cabeza, y el dedo pequeño la de los pies. La palma de la mano la superficie anterior, y el dorso la superficie posterior del tronco: de modo que, reconociendo la mano, se puede saber muy bien la posición de la criatura.

2.^a POSICION DEL HOMBRO DERECHO CON EL BRAZO DE FUERA.—En esta posición, lo mismo que en la primera, se echa un lazo en la mano que está afuera, se introduce la mano izquierda hasta el tronco del infante, que se rechaza un poco para tener libertad de pasar por las superficies anteriores hasta los pies, que se deben cojer, teniendo cuidado de tirar con preferencia del mas remoto, para facilitar el movimiento de version del infante hácia abajo: y terminando el parto como en primera posición de pies.

Una regla general que debe tenerse

presente en la terminacion de los partos, en los que el infante presenta el tronco, es colocar hácia abajo las superficies anteriores, pues por esta regla se termina en primera ó segunda posicion de pies.

Tambien se debe terminar el parto inmediatamente que el brazo ha salido, pues lo contrario da lugar á que las partes de la madre se hinchen lo mismo que el brazo de la criatura, y que esto impida la facilidad de terminarlo.

Pero si hubiere mucho tiempo que el brazo estuviere fuera, y que se hubiesen hecho tentativas imprudentes para extraer al infante; si las partes de la mujer están irritadas vivamente por tales maniobras, es necesario antes de proceder á la operacion, bañar la enferma, y aun hacerle una sangría proporcionada á su constitucion. Algunas veces el brazo del infante no solamente está hinchado y amoratado; sino que la cutícula de encima se despega. Esto podia hacer creer que el infante está muerto, lo que no siempre es cierto, por lo mismo la partera no se dejará sorprender

por esto, sino antes bien urgirá porque se termine el parto, y si no hubiere médico que esto hiciera, lo terminará ella lo mas breve que sea posible.

Pero si el brazo mas ó menos acardenalado y gangrenado, solo estuviere agarrado al tronco por los tegumentos comunes, y ya no queda duda de que el infante ha muerto, la partera deberá llamar á un facultativo que acabe de separar el brazo, para evitar que esta separacion se haga en la matriz.

Finalmente, si la partera fuese llamada, y notare por el registro, que habia una presentacion del hombro, pero que faltaba el brazo, y hubiere motivo de creer que habia sido arrancado, no se pasará á la maniobra sino despues que se muestre el brazo, así para ver el modo cómo ha sido separado, como para no tener ninguna responsabilidad.

En todas estas circunstancias en que se tenga que hacer la maniobra, antes de proceder á ella se debe bautizar á la criatura.

CAPITULO XI.

DE LOS ACCIDENTES GRAVES QUE PUEDEN
DESARROLLARSE EN EL ACTO DEL PAR-
TO, Y PUEDEN EXIGIR LA MANIOBRA
PARA COMBATIRLOS.

Son varios los accidentes que pueden dar lugar á la maniobra en el acto del parto; en efecto, la hemorragia, las convulsiones, los síncope, la fatiga escesiva etc.; exigen varias veces hacer la operacion manual para combatirlos, pues de otro modo continuando estos accidentes sucumbirá precisamente la enferma. Es necesario por consiguiente correr los riesgos de una operacion, algunas veces sencilla; pero las mas espuesta, al hacerla, pues no siempre las partes se prestan al mecanismo. Ademas, es necesario que la partera se encuentre en el solo caso de que no haya médico, para practicarla; no solo por las dificultades, que como he dicho, ofrece el mecanismo, sino tambien porque la práctica es

la única que puede fijar la oportunidad de tal medida, y no teniéndola las parteras, es muy difícil que escojan el momento preciso de hacerla. Con todo, hay momentos tan preciosos, que si se pierden, suelen dar por resultado la muerte de dos seres, á quienes se debe salvar á toda costa; por esto voy á dar reglas á las parteras, para que obren, precisando lo posible la época en que deben hacerlo.

ARTICULO 1.^o—DE LA HEMORRAGIA.

Entre los accidentes graves que pueden desarrollarse en el acto del parto, ocupa uno de los lugares primeros la hemorragia, que puede hacer perecer á la madre y al feto instantáneamente. Por hemorragia se debe entender toda efusion de sangre notable, sea debida á la ruptura de algun vaso, ó á la exhalacion de sangre de alguna superficie de un órgano del cuerpo humano. La hemorragia de que debemos hablar, es aque-

lla que se presenta en los últimos meses del preñado, y la que se presenta en el acto mismo del parto. La primera como hemos dicho, se hace por la dilatacion del cuello del útero, que rompe muchos vasos de la placenta que tiene unida. Es una hemorragia verdaderamente mecánica; pero despues puede irritarse el útero con estas contínuas rupturas, y aun desarrollarse inflamacion en este órgano. Como se ve, basta el mecanismo por sí solo, para poner en el último extremo la vida de la mujer: en efecto, luego que comienza esta dilatacion, comienza la hemorragia, que no puede desconocer la partera, pues que la sangre sale al exterior. Ya dije el modo de remediar este accidente: pero debo insistir, en que luego que se dilate el útero, se debe tratar de desprender la placenta, y hacer la version, en caso de que se presentare cualquiera parte que no fueran los pies.

Pero otras ocasiones la hemorragia se presenta al principio del parto. Este caso debe ser socorrido por un médico; mas si este se retarda, ó no viene, es

necesario que la partera obre del modo siguiente: Si la pérdida ha sido precedida de fenómenos generales de plenitud, como vr. gr.: el pulso lleno, duro, muy desenvuelto, la cara colorada: si la enferma presenta robustez, entonces lo que se hará, es una sangría de cuatro á seis onzas de sangre. Esta sangría debe hacerse por la vena del brazo y solo cuando á las circunstancias referidas, se agrega que la hemorragia no es abundante. Debe prescribirse con mucha circunspeccion, pues de otro modo, se aumentarían los efectos del mal que quiere combatirse.

Si la hemorragia es poco abundante y todavía no está dilatado el cuello del útero, se debe administrar una bebida de medio cuartillo de agua destilada con doce ó quince gotas de láudano, endulzada con jarabe de limon: á esto se agregarán pequeñas lavatibas de almidon con láudano, de diez á doce gotas; teniendo cuidado de que á la paciente no se le afecte la cabeza, pues hay personas tan sensibles al ópio, que suelen trastornarse; por esta razon se

recomiendan pocas cantidades de láudano, para que puedan ir graduándose las cantidades de opio. Se tendrá á dieta á la mujer en todos estos casos.

Si aun continuare la hemorragia, y el útero no se dilata, lo que sucede algunas veces en los últimos meses del embarazo, entonces se agregará la aplicación de compresas mojadas en agua fria, sobre la parte superior de los muslos, el hipogastrio y los riñones. Pero no debe emplearse el frio sin discernimiento, pues si es útil su aplicación al principio, cuando se nota fuerza en la mujer, seria dañosa si la hemorragia muy abundante, ó prolongada mucho tiempo, hubiere debilitado la enferma. Esto se conoce en lo frio de la piel, en la decoloracion del semblante, en la pequeñez del pulso, en el sudor frio y pegajoso que cubre el rostro, etc.

Cuando los síntomas que acabo de esponer se presentasen, es necesario ocurrir á los sinapismos, á las ventosas, puestos en las partes superiores del cuerpo ó en las estremidades superiores.

Las circunstancias que llevo mencio-

nadas, suelen ser tan apremiantes, que muchas veces se usan algunos estimulantes con objeto de reanimar á la paciente con muy buen resultado. Las personas que he socorrido en este estado, estaban frias, sus miembros en una solucion completa, muchas veces las orinas y los escrementos habian salido espontáneamente: en este caso he reanimado á las pacientes, con la aplicacion de infusiones aromáticas, con algunas gotas de bálsamo de Guatemala diluidas en una poca de agua, ó con alguna solucion en agua pura de la agua de torongil compuesta: despues he agregado las aplicaciones estimulantes esteriormente. Algunos médicos rehusan hacer aplicaciones estimulantes por temor de que vengan las contracciones del corazon y aumenten la hemorragia; pero las teorías, para ser ciertas, necesitan que no se exageren: es verdad que esto sucederia cuando hay accion en el individuo; pero cuando falta esta, primero es reanimarlo, pues de otro modo no puede vivir el: por otra parte, esta práctica la tengo apoyada

en tantos hechos, que no dudo recomendarla en oposicion de la teoría de que acabo de hablar.

Mr. Dubois aconseja en estos casos dar el centeno de cuernecillo en tres dosis, de á doce granos cada una, con intervalo de diez minutos. Yo lo he administrado algunas veces en menos cantidad por temor de solicitar las contracciones uterinas; pero no he podido valuar con esactitud su accion. Sin embargo, lo recomiendo por estar recomendado en estas circunstancias por tan célebre práctico.

Si á pesar de los medios referidos continuase la hemorragia, la partera debe aplicar el tamponamiento. Este medio es simple, y obra mecánicamente oponiendo un dique á la salida ulterior de la sangre: en efecto, su aplicacion da lugar á que se forme un coágulo, que muchas veces es bastante para suspender la hemorragia. Este tapon se forma de varios lienzos finos, que se llevan hasta el cuello uterino, en donde se aplican succesivamente. Si hubiere ya alguna dilatacion, creen varios autores,

que se debe formar un cono con una venda enrollada, ó aplicar un limon pelado, que llenaria bien este oficio y obraria ademas por el ácido que contiene. Sin embargo de los buenos servicios que hace el tapon, es necesario vigilar á la enferma despues de su aplicacion, pues puede convertirse la hemorragia esterna en interna, En este caso la mujer siente suma fatiga, se agita y se conmueve de modo que llama la atencion no hace caso de los consejos que se le dan, se quiere parar y da gritos diciendo que se muere; se descomponen sus facciones, y si no se remedia el accidente, cae sin sentido con todas las señales de una muerte próxima.

Seria muy difícil tal accidente cuando el cuello no está dilatado, ó aun cuando lo esté, si el huebo está contenido; pues entonces no hay hueco en donde se haga tal hemorragia. Pero demos el caso que en tales circunstancias se hiciera, ¿qué deberia hacerse? dos cosas: por que ó el trabajo es^rá comenzado, ó no; en el primer caso, ya hemos dicho á lo que debe reducirse una partera ins-

truida, á hacer el tamponamiento, y á aplicar los demas medios señalados para combatir la hemorragia. En el segundo caso, es necesario romper las membranas, empleando todos los medios propios para acelerar las contracciones: centeno, titilaciones del cuello, extracto de belladonna aplicado al cuello para poder introducir gradualmente los dedos en el cuello del útero y romper las membranas. Si despues de rotas, la aplicacion de la cabeza del infante, ó no llega pronto á tocar el cuello, ó si llega no se contiene todavía la hemorragia; en este caso, se procede á la version para terminar el parto, vigilando el estado del cuerpo del útero. En efecto, terminado el parto, al estraer la placenta, se debe sentir la contraccion uterina para sacar la mano: de otro modo, el útero, pudiendo estar en un estado de inercia, quedaria dilatado un poco, y esto bastaria para que la hemorragia concluyera con la paciente. En el caso que no se sienta, se debe escitar la superficie uterina, con el dorso de la mano, se debe friccionar el vientre

esteriormente con un poco de linimento volátily: se debe dar un poco de centeno.

ARTÍCULO 2.º—CONVULSIONES PUERPERALES.

Las convulsiones son enfermedades tratadas corrientemente por los médicos, y pocas ó ningunas ocasiones por la partera. Parece que por esta razon yo deberia abstenerme de tratar de ellas; pero como suele suceder que alguna vez cuando se presentan, ó el médico no está delante ó tal vez no se aguarda su venida, es necesario tratar aunque sea someramente de ellas, para que puedan aplicarse de pronto algunos medios racionales.

Primeramente, debo advertir que las convulsiones en las parturientes, son sumamente graves; pues reconocen por causa las alteraciones de otros órganos, que han venido haciendo perder fuerzas á la mujer en todo el embarazo; ó se acompañan de congestiones cerebrales,

que las vuelven por tanto sumamente peligrosas. No son como las convulsiones epilépticas ó histéricas, que puede sufrir las la mujer por mucho tiempo sin riesgo de la vida, sino que, ó reconocen por causa una enfermedad llamada eclampsia, ú otra enfermedad crónica en algun órgano, ó se presentan en una persona que por su mismo estado, no tiene la circulacion libre, y de aquí las congestiones tan violentas que he mencionado: así es que, estas convulsiones no deben tratarse con sustancias aromáticas, como las epilépticas, etc., sino que las que reconocen por causa la eclampsia, con un método reparador: y las que reconocen esta detencion de la circulacion, por sangrías, por aguas frescas, por aplicaciones frias á la cabeza y demas medios refrigerantes.

Por lo espuesto, se conoce fácilmente lo difícil que debe ser á la partera, distinguir unas convulsiones de otras, y por lo mismo, recomiendo que se debe buscar un médico que sepa conocer los diversos casos que pueden presentarse, para que pueda satisfacerlos.

Yo voy á dar las diferencias que estas convulsiones presentan respecto de otras enfermedades con quien pueden confundirse, diferencias que cree Cazaux pueden separarlas. Primeramente, con la hystería pueden confundirse; pero en la hystería hay alteracion, y nunca abolicion de las facultades intelectuales: las facultades sensoriales tienen un grado de finura y de perfeccion, que no tienen habitualmente; no hay coma despues del acceso, mientras en las de que voy hablando, es un segundo periodo acaso el mas peligroso: en la hystería hay una tendencia irresistible á arrojarse del lecho ó lugar en que está la enferma; casi siempre el acceso de hysteria está precedido ó acompañado de la sensacion de una bola, que sube del hypogastrio hasta la garganta, y que hace experimentar á la enferma un acceso de sofocacion. La deglucion es muy fatigante ó imposible; pero los músculos del cuello están poco contraidos, pues en lugar de esta respiracion silbante que indica una constriccion de la garganta, hay gritos muy fuertes, que

indican bastante libertad en la abertura de la laringe. Nunca hay espuma en la boca como en la eclampsia. El pulgar, en lugar de ser doblado en la palma de la mano, está estendido fuera de los otros dedos doblados. En fin, la hystería se manifiesta en los primeros meses, mientras que la eclampsia pertenece mas especialmente al fin de la preñez.

La epilepsia es de todas las afecciones convulsivas la que tiene mas puntos de contacto con la eclampsia, sin embargo, despues de los accesos de epilepsia, no hay coma; y si lo hay, es muy ligero. Si el acceso epiléptico viniera acompañado de coma, el exámen de las orinas daria la diferencia entre estas dos enfermedades.

La persistencia de una rigidez en los miembros convulsos, distinguen el tetano de toda afeccion. En fin, la catalepsia presenta por carácter esencial, que los miembros y todas las demas partes que pueden moverse, conservan la posicion que tenian antes del ataque.

La apoplegía se distingue de estas convulsiones en el estado comatoso, porque

aquí han precedido convulsiones, mientras que en la apoplejía no se presentan: aquí todos los miembros están en un estado de revolución completa, pues que han perdido su sensibilidad y su contractilidad: ordinariamente se presenta la hemiplegía en el estado de derrame cerebral, que es lo que constituye la apoplejía. Es menester notar que cuando los accesos eclámpticos son renovados, pueden determinar el derrame.

El hacerse de todas estas diferencias, uniéndolas con los síntomas comunes, es propio de personas que unen á la práctica una buena teoría: no creo esto propio de las parteras; pero he señalado estas diferencias, para que sepan en los casos que pueden obrar con mas libertad, pues ademas de las convulsiones que podemos llamar puerperales, se pueden presentar convulsiones histéricas ó epileptiformes: estas pueden ser socorridas por las parteras del modo siguiente: En el acceso conocido con el nombre de ataque, se debe procurar que la enferma no se haga mal; así es que, se impedirá con almohadas que la enferma no

se golpee la cabeza, que no se caiga del lecho, que no se muerda la lengua, que no la sujeten fuertemente, etc. Despues del ataque, es necesario administrar una infusion de hojas de naranjo, con diez ó veinte gotas de acetato de amoniaco, ó dar unas seis ú ocho gotas de bálsamo de Guatemala, en una cucharada de agua natural. Algunas ocasiones, la suma irritabilidad de la enferma, no permite tales escitantes, es necesario entonces reducirse á dar diez ó doce gotas de agua de azahar en agua natural.

En cuanto al parto, se deben seguir las reglas generales prescritas, y se debe vigilar el perineo por temor de que vaya á desgarrarse: se debe tener cuidado del estado de la vegiga, del recto, pues muchas ocasiones estas materias detenidas allí, producen las convulsiones. Si la introduccion de la mano no aumentara el estado convulsivo, seria un eficaz remedio terminar el parto por los pies.

ARTICULO 3.^o DE LOS SINCOPEs, FATIGA
EN LA RESPIRACION, VÓMITOS VIOLEN-
TOS Y CONTINUOS; Y DE OTROS AC-
CIDENTES QUE TINEN QUE ATEN-
DERSE PARA QUE EL PARTO
SIGA BIEN.

En las mujeres débiles é irritables, se suelen presentar lo que vulgarmente se llaman desmayos. La mujer siente un abatimiento sumo, se aflojan sus miembros de modo que no pueden sostenerla: el pulso se debilita; y queda sin sentido que pueda percibir las impresiones externas: algunas veces uno ó mas sentidos quedan expeditos, mientras que los otros no pueden funcionar. La partera en estas circunstancias se informará si la paciente ha hecho uso de substancias indigestas, notará si hay muchas personas en el cuarto de la enferma, particularmente si están chupando, entonces recomendará la ausencia de los circunstantes, y dará en el primer caso, un poco de té, ú otra be-

bida aromática, con un poco de carbonato de sosa. Si estos síncope pro-
vienen de los grandes esfuerzos que ha
hecho en el parto, de una larga priva-
cion de sueño, del temor ó espanto que
le cause la terminacion del parto; pro-
curá la partera tranquilizar á la perso-
na, recomendarle que duerma un poco;
que no haga esfuerzo ninguno, etc. Cuan-
do estos accidentes se prolongan; y se
pierde el pulso, ó vienen acompañados
de dolores de cabeza; el estado de la
mujer se hace mas crítico: muchas ve-
ses la ruptura de las membranas, ó la
terminacion del parto por la version,
son necesarios para corregir aquellos
accidentes; pero antes se ocurrirá á las
aplicaciones de vinagre frio á la cabe-
za, á las aspersiones de agua fria á la
cara, á hacerle aspirar un poco de amo-
niaco, agua de colonia, de alucema etc.

Algunas ocasiones la mujer siente
fatiga, y de tal modo, que no puede es-
tar en el lugar que se le fija para el
parto, ni mucho menos puede estar
acostada. En tales casos la partera debe
hacer que se pasee, que tome una poca

de agua de azahar, ó un poco de vino aguado, y tratará de que la paciente pára sentada en la silla de que he hablado.

Los vómitos continuados destruyen siempre á la persona que los sufre, regularmente se presentan en mujeres nerviosas, por consiguiente, la partera puede administrarles una cucharada de agua triacal, de canela, ó yerba buena, y seguirá dándoles hasta que pare el vómito. Si este se presenta con dolor de estómago, con sed, inapetencia, boca amarga etc. es necesario calmar la irritacion con bebidas frias, la agua natural, ó el cocimiento de linaza, de raiz de altea, etc.

Otro accidente que puede presentarse, es la caida del cordon umbilical; accidente que facilmente se conoce, cuando el cordon está afuera de la vulba, pero que la partera puede evitar en ciertas circunstancias que aquel se presente. En efecto, antes de la ruptura de la bolsa de las aguas, puede reconocerse al traves de ella, la presentacion del cordon, entonces la partera debe evitar

cuanto pueda, que el parto adelante; pues luego que se rompen las membranas, inmediatamente el flujo de las aguas hace salir hácia fuera el cordon; y como en seguida se introduce la cabeza, comprime contra los huesos de la madre el conducto por donde el feto recibe la sangre reparadora que necesita para vivir: y sucumbe en consecuencia. ¡Pero de que medios se valdrá la partera para detener lo posible el parto? Desde que reconoce la posicion referida; esto es, desde que siente á traves de las membranas un cuerpo blando, parecido á una asa intestinal en la sensacion que da por intermedio de la bolsa, pero que se distingue facilmente de esta sensacion, por la aplicacion que se hace de los dedos sobre este cuerpo, pues ellos sienten el batimiento de las arterias, que en general son dos veces mas frecuentes que en el adulto: desde que reconoce repito, que el cordon se presenta, avisará á un facultativo: deberá situar á la mujer presisamente sobre la espalda: recomendará á la paciente que no favorezca los dolores: en los reconocimien-

tos que haga llevará el dedo explorador con mucho tiento, en fin, hará todo lo posible para retardar el parto, pues muchas veces suele variar la presentación.

Pero si el trabajo está avanzado, si la procedencia es reciente, y el cordón pulsa en el interválo de los dolores, se tratará de reponerlo sobre uno de los lados del ángulo sacro-vertebral, en donde la compresion es menos fácil; si por el contrario el cordón tiene los caracteres de un infante muerto, si no pulsa; si está frío etc., entonces se dejará obrar á la naturaleza.

Si la cabeza está poco avanzada, las membranas rotas y el cordón caído, es necesario hacer la version. Si son los pies ó el asiento, los que se presentan, se deberá ayudar el parto por medio de la mano.

CAPITULO XII.

DE LA RETENCION DE LA PLACENTA.

Despues de terminar un parto, sea

natural ó artificial; se debe aguardar un rato, como dije en el parto natural, para que la placenta sea arrojada espontáneamente; pero muchas veces, este instante se hace aguardar mas de dos horas, en cuyo caso la partera si no hubiera médico, introducirá la mano dentro del útero, con el objeto de indagar la causa de esta detencion. Regularmente la placenta está detenida por la fuerte contraccion del útero: algunas veces es la falta de contraccion del útero, debida á su inercia; muchas veces la inclinacion del útero hácia cualquiera lado, la retiene: y una que otra vez una adherencia sólida de su superficie externa con el útero, no la deja salir fuera de su cabidad.

Cualquiera que sea la causa que retiene la placenta, la partera antes de todo, puede hacer ciertas tracciones del cordon, por que muchas veces la placenta está ya desprendida, sin que pueda salir por falta de contraccion uterina. Estos tiramientos son bastantes en el caso señalado, pero como he dicho que hay otras causas que pueden retener la

placenta dentro del útero; se introducirá la mano para explorar, cual de las señaladas detiene la placenta: si es la fuerte contracción uterina, y se puede vencer fácilmente introduciendo la mano entre la placenta y el cuerpo del útero; se hará inmediatamente la extracción: pues así se termina todo cuidado, que exigiría precisamente una persona que no hubiera arrojado la placenta; pero si la fuerte contracción impide que la mano se interponga entre la placenta y el útero; si por otra parte ninguna hemorragia se presenta, no es necesario extraerla, sino aguardar que cese esta contracción, pues ningún riesgo hay en aguardar que ceda, y mucho hay en introducir la mano con mucho esfuerzo, entre partes que han sufrido una fuerte excitación. Si se presentare hemorragia; entonces si es absolutamente necesario pasar á hacer la extracción, pues de otro modo, no se suspenderá un accidente tan funesto.

La partera, cortándose antes las uñas, y untándose la mano derecha de manteca, seguirá el cordon umbilical,

que debe tener con la mano izquierda; y llegando al centro de la placenta, se dirigirá lateralmente, á buscar su borde, para interponer su mano entre los cotyledones placentares y el útero. La placenta será asida y traída al exterior.

Cuando la inercia del útero es la causa de la retencion de la placenta, se reconoce este accidente en la falta de contraccion uterina: segundo, en que se declara las mas veces hemorragia. En este caso al desprender la placenta la partera, he dicho que debe exitar con el dorso de la mano la superficie uterina, y aguardar á que el útero se contraiga para sacarla: en el caso de fuerte contraccion del útero, seria mas prudente probar el medio recomendado por los autores; esto es, la inyeccion de agua fria por los vasos del cordon umbilical. La placenta, segun dicen, no tarda en separarse y salir; deteniéndose al mismo tiempo la hemorragia.

Algunas veces la placenta está adherida al fondo del útero; de modo que es incapaz interponer la mano entre

ella y la placenta; y las tentativas que se hacen solo sirven para hacer sufrir á la mujer. Ninguna hemorragia he visto presentarse en estos casos, y he abandonado siempre con buen resultado el éxito á la naturaleza. Pero si algunas adherencias membranosas fueran las que detuvieran á la placenta dentro del útero; se las podia adelgazar y destruir, por medio de presiones del dedo pulgar sobre el índice, ó cortar por medio de la uña del dedo pulgar que es la única que la partera debe dejarse para estas circunstancias.

Depues de la estraccion de la placenta, suele sobrevenir la hemorragia cuando ha quedado alguna porcion en el interior: entonces se pueden usar los medios ya recomendados. Pero muchas veces la hemorragia no aparece, sino despues de muchas horas, y tan graduadamente, que no ha podido ser notada sino por la enferma, que comienza á sentir una agitacion estrema; si se reconoce el vientre, se nota un hinchamiento succesivo del abdomen, propagado gradualmente del hipogastrio á las

partes superiores: en seguida viene el debilitamiento, la palidez, la debilidad y pequeñez del pulso, syncopes seguidos de movimientos convulsivos; la pérdida de la vista, los frios espasmódicos, etc. Cuando la partera por la falta de un médico tiene que obrar, necesita hacer algunas presiones sobre el cuerpo del útero, con el objeto de hacer arrojar un coágulo ó varios que están fatigando el útero, sin contener la hemorragia: en seguida se harán algunas presiones en su cuerpo, con el objeto de facilitar su contraccion total, que varias veces no se verifica por inercia del mismo útero, es necesario aplicar luego la agua fria al exterior por medio de lienzos aplicados en el hypogastrio, las inyecciones astringentes y las opiadas y todas las demas cosas aconsejadas en el artículo hemorragia. Muchos autores recomiendan en este caso la compresion de la aorta, otros la han creido una práctica inútil: yo así lo he creido tambien, no solo porque en la práctica nada me ha surtido este medio, sino porque la compresion de la aorta

cuando pueda hacerse bien á través de unas paredes gruesas como son las del vientre, no impediría que la sangre refluyese por las colaterales: así es que, solo debe recomendarse este medio como una cosa que en parte puede disminuir la hemorragia.

Otra de las razones que me parecè debe tenerse presente, es que la hemorragia que dá el útero, mas bien es venosa, de modo, que nada se conseguirá con comprimir la arteria aorta, y aunque Cazeaux ha dicho que al tiempo de comprimir la aorta se comprime la vena cava, en mi sentir, esta es mayor razon para creer que será mayor la hemorragia, pues de este modo se detendrá la sangre que pasa por el útero.

Sin embargo, diré el modo de hacer esta compresion, pues nada impide el hacerla sin perjuicio de continuar obrando de otro modo. Se hacen doblar las partes inferiores y superiores de la mujer sobre la base, se depri-me con los cuatro dedos de una de las manos la pared anterior del abdomen, inmediatamente arriba del fon-

do del útero, y entonces se sienten los batimientos de la arteria muy bien; luego que esto se siente, debe comprimirse la arteria y mantenerla comprimida por algun tiempo para que pueda ser de alguna utilidad su compresion.

CAPITULO XIII.

CUIDADOS QUE SE DEBEN DAR AL RECIEN NACIDO.

En los partos laboriosos de que acabo de hablar, por lo general sufre el niño demasiado, ya por su mala colocacion, ya por haberse determinado muy tarde á operar; tambien porque cuando sale el cordon antes que el feto, se interrumpe la accion vivificante que la placenta comunica á la sangre que va al feto. En todos estos casos, la asficia ó la apoplegía son los accidentes que de pronto tiene que combatir la partera, y muchas veces ella tiene que hacerlo

sola, sin concurrencia de ningun facultativo, pues aun en los partos naturales se suelen presentar tales accidentes. Es necesario que la partera aprenda á conocerlos para poder distinguirlos, pues en ambos el tratamiento no es siempre el mismo, y aun cuando suelen adoptarse los mismos medios, son con diverso objeto. La palabra asficia, significa privacion de pulso. Durante mucho tiempo se empleó para designar la suspension de la circulacion; pero en el dia se entiende por asficia la suspension de los fenómenos vitales; pero por causas que obran exclusivamente, ó por lo menos de una manera especial, en los órganos de la respiracion. Así es, que la privacion de aire, el que este no sea propio para la respiracion, ó que tenga en sí cualidades dañosas; se ha tenido en el adulto, como las causas generales que producen la asficia, y aplicando en lo posible estas reglas al niño, debemos fijar la salida del cordon como una causa de asficia: por consiguiente, si despues de haber sufrido el feto este accidente, saliere sin poder respirar, claro

es que se trata de una asficia; lo mismo podemos decir cuando el cordón viene enredado varias veces en el cuello, ó aunque sea una, si este apretamiento es fuerte; es regular que se haya producido la asficia, mas bien que la apoplejía; pues aun que esta enfermedad puede tambien producirse, aquella se presenta en este caso con mas frecuencia. Sucede lo mismo cuando las mucosidades detenidas en la traquea, son tantas, que no dejan penetrar el aire en los pulmones: el feto sale asficiado, y esta es la mas frecuente de las asficias que en él se presentan.

La partera debe procurar distinguir estos casos de aquellos en que, ó la robustez del infante, ó el haber estado clavado mucho tiempo hacen que aparezca en un estado lívido con los tegumentos del cráneo engurgitados, lo mismo que los parpados y los labios, pues en este caso, la partera, como que se trata de una apoplejía, cortará inmediatamente el cordón, y despues de haberlo dejado desangrar, ocurrirá á los baños de pies, á las aplicaciones frias á la

cabeza, y por último, á los escitantes exteriores como sinapismos, fricciones, etc.

En los casos de asficia de que he hablado y en particular en la de los niños, se removerá la causa que la produce antes que todo; así es, que se desengurgitará la traquea de las mucosidades que la obstruyen, se soplará la boca del infante ó se introducirá aire por medio de un tubo de goma elástica ó de otro cualquiera. Si el infante fuere robusto, y se notare detencion de la circulacion, por las circulares del cordon al rededor del cuello, se cortarán estos, dejando desangrar un poco al recién nacido. Si por el contrario, es un niño débil, de piel pálida, si la madre ha sufrido antes una hemorragia, entonces se escitarán las extremidades por medio de fricciones de tintura de moztasa, de cantáridas, etc. se fricciónará tambien el espinazo, se darán baños de pies y lavativas escitantes. Uno de los medios que prueban muy bien, es hacer presiones ligeras en el epigástrico, subiendo y bajando alternativamente las costillas, imitando una respiracion artificial.

Despues de socorridos estos casos que con frecuencia suceden en el niño, la partera se dirigirá á la madre, que por lo regular sufre mucho.

Una buena higiene es lo que debe prescribirle, dejando lo demás al médico que debe llamarse al punto. Así es que, recomendará la quietud, que tenga poca luz el cuarto en donde quede la parturiente. que no se haga ruido alguno, que se dé poco alimento y que al interior se le den bebidas emolientes como son los cocimientos de raiz de malva, althea, grama, etc., endulzadas al gusto de la paciente. En general, como dije otra vez, es bueno aplicar el niño al pecho de la madre pero en estos partos laboriosos en que sufre tanto, conviene detener esto un poco, hasta que haya descansado.

CAPITULO XIV.

DE OTROS ESTADOS MORBOSOS QUE SE
PRESENTAN EN EL INFANTE Y PUEDEN
CORREGIRSE POR LA PARTERA
CUANDO FALTA MEDICO.

El cordon umbilical despues de ligado, segun hemos dicho en la parte fisiológica, es naturalmente separándose del cuerpo del infante sin dejar ulceracion alguna: las mas veces queda una pequeña ulcerita que basta una hila raspada ó cualquier polvo absorbente para cicatrizarla; pero una que otra vez se presenta una ulceracion bastante resistente que despues de algunos meses llama la atencion de los padres por su resistencia en quitarse y porque aumenta cada dia su supuracion. Cuando yo he ecsaminado estos casos, siempre he fijado por causa la continua variacion de remedios que se ha empleado, creyendo de este modo acelerar la curacion, particularmente los polvos como los que

acabo de recomendar, pues el abuso que de ellos se hace deseca la parte, la irrita y se convierte en úlcera de difícil curación. Si se encuentra en este estado el ombligo de la criatura, se lavará con cocimiento de malva y se curará con cerato de Galeno, ó se aplicará entre dos lienzos una cataplasma de harinas emolientes: cuando la supuración haya disminuido, se volverán á aplicar las li-
llas raspadas ó un poco de albayalde en polvo hasta que cicatrice la ulceración.

TUMEFACCION DE LOS TEGUMENTOS DEL CRANEO.—Esta tumefacción, lo mismo que la de la cara ú otra parte del cuerpo, que es efecto de la falta de presión que hay en alguna parte del feto, termina por sí misma; pero alguna vez se acelera su resolución por fomentaciones de vino ó de algún cocimiento de plantas resolutivas, cuando la tumefacción es muy grande. Es necesario distinguir bien estos tumores de los que se presentan en las suturas; pues estos exigen la presencia del médico, porque pueden ser, ó quistes que deben quitarse, ó hernias cerebrales que deben comprimirse.

ICTERICIA.—La ictericia de los recién nacidos se conoce en el color amarillento de la piel y de los ojos, en las orinas que tiñen los lienzos de amarillo, lo mismo que el sudor, aunque este síntoma se presenta pocas veces; conocida esta enfermedad por tales síntomas, la partera la abandonará á la naturaleza; sobre todo cuando el infante tiene el vientre libre y mama bien; pero si el vientre no estuviere corriente ó hubiere falta de apetencia, entonces, si no hay médico, se le darán ligeros purgantes con la magnesia unida á un poco de ruibarbo y se le bañará con frecuencia.

CÓLICO, CONSTIPACION Y DIARREA.—Otra enfermedad á que están sujetos los recién nacidos, es el cólico, la constipacion y la diarrea. El cólico se reconoce en el llanto, en la inapetencia y agitacion de los infantes, y en el aventamiento del vientre que se siente.

El cólico y la constipacion reconocen por causa la presencia del meconio. Para remediar esto, debe la partera recomendar que mame el niño, y si no bastare esto para mover bien el vientre,

y por consiguiente espulsar el meconio, debe aconsejar unas cucharaditas del jarabe de chicoria compuesto, ó un poco de aceite de almendras dulces con miel rosada. La diarrea y el aventamiento de que he hablado, no son los accidentes mas comunes en los recién nacidos; pero muchas veces se presentan cuando no puede el niño digerir bien la leche de la madre. Ambas cosas se corrigen dando una bebida de hinojo, manzanilla, etc., con unos pocos de polvos salinos ó carbonato de sosa, endulzado con jarabe de corteza de cidra ó de naranja.

AFTAS.—Otra enfermedad propia de los recién nacidos, y para la que se consulta á la partera cuando no hay médico, son las aftas ó pequeñas úlceracioncitas que resultan del desprendimiento del epithelium de las mucosas; pues en mi concepto, los nuevos agentes que obran sobre esta superficie, bastan para fraccionar menudamente esta membrana, y que resulten otras tantas úlceritas, las cuales suelen hacer que el niño no quiera tomar el pecho. Aunque muchas veces

por sí solas cicatrizan estas pequeñas úlceras, muchas veces subsisten, impidiendo que el niño tome el pecho y haciéndolo llorar continuamente, lo que pone en la mayor aflicción á los padres que ignoran la causa de este llanto. La partera despues de reconocer si esta es la causa de la molestia del niño, hará un hisopo de hilas y las introducirá en miel rosada ó en jarabe de vinagre, le hará unos toques al niño, y pasado un poco de tiempo le lavará la boca con un cocimiento de malvas ó cebada.

Otra enfermedad muy comun en los niños, es la inflamacion de los párpados que aun cuando es ligera, produce la coloracion roja y el flujo de mucosidad blanca ó amarilla que pega los párpados entre sí. Si no se remedia pronto esta inflamacion el ojo mismo será atacado; por consiguiente, si no hubiere un médico que obre con conocimiento de la causa, y se preguntare á la partera lo que deba hacerse, ordenará un cocimiento de malvas y rosa para lavatorio, pero advertirá la necesidad precisa de un médico, para una enfermedad que

puede prolongarse y causar graves males al niño, siendo el principal la ceguera.

Las convulsiones de los niños es un accidente que deben conocer las parteras, no tanto para socorrerlo sino para hacer que den aviso al médico, pues como dependen de tantas causas, es necesario para combatirlas una persona práctica y que sepa relacionar las diferentes causas que pueden producirlas con los efectos tan variados que presentan. Si solo tuvieran las parteras que avisar al médico, seria siempre necesario que conocieran el modo de presentarse esta afeccion; pero muchas veces tiene por causa un recargo de estómago, debido á la leche muy gruesa de la madre ó á la mucha cantidad que ha tomado el niño; tambien una emocion viva de la madre ó la nodriza, puede desarrollarlas con frecuencia, lo mismo que el que estas personas tomen alimentos indigestos, y todos estos casos conocidos de la partera, puede obrar del momento, mientras viene el médico. Las convulsiones se conocen antes de presentarse en los movimientos desarregla-

dos, en que el niño grita derepente, y este grito no es claro sino sofocado; la cara se contrae, se oscurece; el vientre se pone duro y elevado, lo mismo que el pecho; el globo del ojo agitado, gira sobre sí mismo: los párpados habitualmente están abiertos, otras veces los ojos quedan fijos, pero lo que se conoce con el nombre de niña, se oculta por lo comun hácia arriba del párpado superior, presentándose lo blanco del ojo: hay tambien una contraccion de las mandíbulas, que impide que el niño haga la succion: otras veces, aun cuando tiene la boca abierta, no puede mamar. Conocida por estos síntomas la enfermedad que se va á desarrollar, no debe dudar la partera, cuando la causa le sea conocida, el administrar un ligero purgante en el caso de recargo de estómago, ó el dar una infusion de hojas de naranjo ú otra bebida antiespasmódica, con una poca de magnesia cuando una emocion del ánimo ha sido la causa del accidente: todo esto, mientras que llega el facultativo, á quien no siempre se tiene á la mano, para que pue-

da remediar estos accidentes que muchas veces, dominados á tiempo, tal vez impiden el desarrollo de una enfermedad tan grave. Luego que llega el médico, se le informa de las sustancias administradas y el objeto con que se han dado, para que determine lo conveniente.

Otra de las cosas que luego que nace el niño debe explorar la partera, son las aberturas naturales, pues muchas veces vienen cerradas y la partera debe avisar inmediatamente al médico: así es, que examinará el ano, la boca, los párpados, las narices, etc.; debe reconocer las dos manos y los pies, con el objeto de ver si vienen unidos los dedos, y dar cuenta al médico inmediatamente. Lo mismo debe hacer en reconociendo algun tumor en cualquiera parte del cuerpo, ó si notare que el frenillo de la lengua se prolonga de modo que no deje hacer la succion al niño.

CAPITULO XV.

DE ALGUNOS DEBERES Y OBLIGACIONES PARTICULARES QUE LA PARTERA TIENE QUE LLENAR EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS.

Cuando la partera es llamada cerca de una parturiente y ésta se encuentra muerta, lo primero que debería atender sería al feto si no quedaba duda alguna que la madre estaba muerta; pero si alguna duda ocurriere, tomará informes de los síntomas últimos que presentó la enferma: si estos fuesen los de una apoplejía, todavía se presentarán rastros de ella en lo amoratado de la cara, la inchazón de los labios, en lo inyectado de los ojos, etc. Si fuere una hemorragia, la palidez del semblante y la sangre que aun se encontrará en la cama, no dejarán duda de la clase de muerte que tendría la mujer si no se le socorriese. En ambos casos se procederá á tratarla con las medicinas que ya he dicho convienen. En

el caso de muerte cierta, quieren algunos autores que la partera siga tratando á la mujer con aquellas medicinas que hubiera tratádola si no estuviera; pero yo creo que esto seria perder un tiempo precioso para el feto, que puede sucumbir si no se trata de sacarlo cuanto antes del vientre de la madre. Es cierto que esto lo hacen por temor de que habiendo muertes aparentes, no se vaya á cometer una imprudencia que seria en contra de la madre; pero esto es tan raro por una parte; por otra, las personas que han visto algunos cádaveres, es casi imposible que se equivoquen en esto, por consiguiente, la partera deberá como dije otra vez, informar á la persona que crea de mas ciencia los riesgos que corre el niño, las muchas señales de muerte de la madre, y la necesidad en que están de salvar al infante. Si despues de esta consulta se resolviere la operacion, en el caso único de que no haya esperanza de médico: se procederá del modo siguiente:

Tendida la mujer boca arriba, se hará fijar el vientre por una persona, y to-

mándose un bísturi si lo hubiere ú otro cuchillo comun, se hará un corte longitudinal, dos dedos abajo del ombligo, hasta cerca del hueso pubis, se continuará profundizando la incision hasta entrar en el vientre, y como la primera entraña que se presenta es el útero, se seguirá cortando este órgano en la misma direccion hasta encontrar el feto que se sacará inmediatamente. La partera debe haber prevenido antes un vaso de agua clara, y presentará al niño á la persona mas caracterizada que hubiere para que lo bautize, sino la hubiere, ella misma tomará el vaso de agua y pronunciará la forma del bautismo del modo siguiente. Yo te bautizo en el nombre del Padre del Hijo y del Espíritu Santo, Amen. Si se duda que vive el infante se debe decir: Bajo condicion yo te bautizo etc., lo que equivale á decir si eres capaz ó estas apto de recibir el bautismo etc. Esto mismo debe decirse si el niño antes de morir la madre, ha sacado un pié ó una mano. Tambien se debe hacer cuando la mujer esté viva, la criatura haya sacado algu-

na parte del cuerpo y la partera por falta de médico tenga que hacer la version, pues siendo esta operacion bastante laboriosa algunas veces; podria perecer el niño antes de terminarla.



INDICE

De las materias contenidas en la
primera y segunda parte de es-
ta obra.

PARTE PRIMERA.

Prólogo	
Cap. I. Introduccion del arte de los partos	1
Art. 1º Parte anatómica	3
Art. 2º Dimensiones de la base.	8
Art. 3º Articulaciones de la pelvis.	16
Art. 4º Deformidades ó vicios de conformacion de la pelvis.	20
Cap. II. De las partes sexuales de la mujer	26

Art. 1.º De los órganos esternos de la generacion.	27
Art. 2.º De las partes internas de la generacion.	37
Cap. III. Del feto	52
Cap. IV. Parte fisiológica	66
Art. 1.º De la gestacion	68
Art. 3.º De los signos de preñez múltipla	80
Cap. V. Del exámen de una mujer embarazada, conducta de la partera.	81
Cap. VI. Del parto.	91
Cap. VII. Práctica que debe seguir la partera cuando es llamada á asistir una mujer de parto	103
Cap. VIII. De las secundinas.	119
Cap. IX. De lo que debe hacer la partera con el infante recién nacido.	129
Cap. X. Del mecanismo del parto natural.	133
Art. 1.º De la salida del feto al exterior en las posiciones de la cabeza.	139
Art. 2.º Caracteres distintivos, y	

mecanismo del parto natural en la posicion de la estremidad pelviana.	153
Art. 3.º Caracteres distintivos del parto por la cara, y su mecanismo	165
Art. 4.º Caracteres distintivos de la presentacion del tronco . . .	175
Art. 5.º Terminacion natural de las posiciones del tronco por la version ó evolucion espontánea.	180



PARTE SEGUNDA

O patológica de los partos, en la que se trata de las enfermedades mas comunes de las mujeres desde el momento de la concepcion hasta despues del trabajo. Del parto laborioso manual, y de los cuidados que se deben dar á las paridas en estos partos, como tambien á los recién nacidos.

Cap. I. De la preñez extra-uterina.	187
Cap. II. Del aborto	189
Cap. III. De la implantacion de la placenta en el cuello del útero .	198
Cap. IV. Conducta de la partera en los casos de muerte de la mujer	201
Cap. V. de los signos que pueden indicar la muerte del feto.	203

Cap. VI. De otros accidentes muy comunes que se notan en las mujeres embarazadas	206
Cap. VII. De los partos difíciles, y principalmente de la apreciacion de sus causas.	211
Cap. VIII. De los obstáculos mecanicos que se oponen á la terminacion del parto	215
Art. 1.º Vicios de conformacion de la pelvis	216
Art. 2.º Vicios de conformacion ó resistencia de las partes blandas.	225
Cap. IX. Tumores de la escavacion y otros obstáculos que impiden varias veces el parto . . .	230
Cap. X. Obstáculos al parto debidos al feto y sus anexos.	239
Art. 1.º De las monstruosidades que pueden oponer obstáculos al parto.	243
Art. 2.º Brevedad del cordon umbilical	248
Art. 3.º Posiciones viciosas de la cabeza del feto	250
Art. 4.º Posiciones inclinadas de la pelvis.	256

Art. 5.º	Posiciones inclinadas de la cara	257
Art. 6.º	Posiciones del tronco	261
Cap. XI.	De los accidentes graves que pueden desarrollarse en el acto del parto, y pueden exigir la maniobra para combatirlos.	274
Art. 1.º	De la hemorragia	275
Art. 2.º	Convulsiones puerperales.	283
Art. 3.º	De los síncope, fatiga en la respiracion, vómitos violentos y continuos, y de otros accidentes que tienen que atenderse para que el parto siga bien	289
Cap. XII.	De la retencion de la placenta	293
Cap. XIII.	Cuidados que se deben dar al recién nacido	300
Cap. XIV.	De otros estados morbosos que se presentan en el infante, y pueden corregirse por la partera cuando falta médico.	305.
Cap. XV.	De algunos deberes y obligaciones particulares que la partera tiene que llenar en ciertas circunstancias.	313.

Art. 37.	De la obligación de los	171
Art. 38.	De la obligación de los	172
Art. 39.	De la obligación de los	173
Art. 40.	De la obligación de los	174
Art. 41.	De la obligación de los	175
Art. 42.	De la obligación de los	176
Art. 43.	De la obligación de los	177
Art. 44.	De la obligación de los	178
Art. 45.	De la obligación de los	179
Art. 46.	De la obligación de los	180
Art. 47.	De la obligación de los	181
Art. 48.	De la obligación de los	182
Art. 49.	De la obligación de los	183
Art. 50.	De la obligación de los	184
Art. 51.	De la obligación de los	185
Art. 52.	De la obligación de los	186
Art. 53.	De la obligación de los	187
Art. 54.	De la obligación de los	188
Art. 55.	De la obligación de los	189
Art. 56.	De la obligación de los	190
Art. 57.	De la obligación de los	191
Art. 58.	De la obligación de los	192
Art. 59.	De la obligación de los	193
Art. 60.	De la obligación de los	194
Art. 61.	De la obligación de los	195
Art. 62.	De la obligación de los	196
Art. 63.	De la obligación de los	197
Art. 64.	De la obligación de los	198
Art. 65.	De la obligación de los	199
Art. 66.	De la obligación de los	200
Art. 67.	De la obligación de los	201
Art. 68.	De la obligación de los	202
Art. 69.	De la obligación de los	203
Art. 70.	De la obligación de los	204
Art. 71.	De la obligación de los	205
Art. 72.	De la obligación de los	206
Art. 73.	De la obligación de los	207
Art. 74.	De la obligación de los	208
Art. 75.	De la obligación de los	209
Art. 76.	De la obligación de los	210
Art. 77.	De la obligación de los	211
Art. 78.	De la obligación de los	212
Art. 79.	De la obligación de los	213
Art. 80.	De la obligación de los	214
Art. 81.	De la obligación de los	215
Art. 82.	De la obligación de los	216
Art. 83.	De la obligación de los	217
Art. 84.	De la obligación de los	218
Art. 85.	De la obligación de los	219
Art. 86.	De la obligación de los	220
Art. 87.	De la obligación de los	221
Art. 88.	De la obligación de los	222
Art. 89.	De la obligación de los	223
Art. 90.	De la obligación de los	224
Art. 91.	De la obligación de los	225
Art. 92.	De la obligación de los	226
Art. 93.	De la obligación de los	227
Art. 94.	De la obligación de los	228
Art. 95.	De la obligación de los	229
Art. 96.	De la obligación de los	230
Art. 97.	De la obligación de los	231
Art. 98.	De la obligación de los	232
Art. 99.	De la obligación de los	233
Art. 100.	De la obligación de los	234



✓

