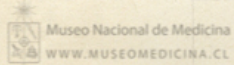


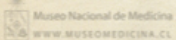
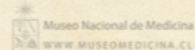
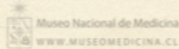
5 abril 1888

340

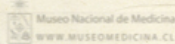
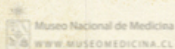
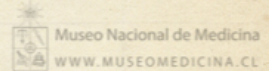
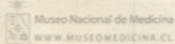
Memoria de prueba para optar
el grado de Licenciado en la Facultad de
Medicina i Farmacia, presentada por Eduar-
do Costeas.
Santiago, diciembre 31 de 1887.



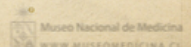
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Prologo



1

Señores: Al hacer mi práctica de partos, tuve lugar a examinar i observar una mujer que desembarazó el 9 de agosto del 87, en la cama n.º 15 de la Maternidad de Santiago, Maria B. de 26 años, que tenía en esa fecha su segundo parto. Al primer reconocimiento, estando enclavado la cabeza en el estrecho superior, encontré todos los signos i con ellos me forme la certidumbre de que se trataba de una presentación de vértice, en posición Ovipito-iliaca-derecha posterior i que al terminar, la expulsión de la cabeza se hizo izquierda anterior. Una rotación tan enérgica me llamó la atención i resolví hacer mi memoria, tomando por tema de ella, la rotación interna de la cabeza en las presentaciones de vértice en posición ovipito posteriores.

Con este fin estudié los autores que cito en el curso de esta memoria que estudian detenidamente las causas de esta rotación i su modo de producción.

Agrego una pequeña reseña sobre esta distica sacada de varios autores, sobre la frecuencia de las diversas presentaciones i posiciones i la estadística de la Maternidad de Santiago desde el año 1875 en setiembre, en que aparece por primera vez, hasta junio de 1887, apuntando las observaciones a que da lugar.

En el curso de esta memoria seguirá el orden siguiente: Estadística según diversos autores;



Estadística de la Maternidad de Santiago; letu-
dios sobre la rotación interna de la cabeza, en
las presentaciones de vértice, en posición occipito
posterior i por fin observaciones a que da lugar
el estudio anterior:



1^a Parte = Estadística según diversos autores.

Según Boivin, Leachapelle, Riick, Merman,
Bland, Velpeau i Dubois en:



245.922 partos han encontrado 269.242 por-
tos de vértice, lo que da el 97%.

Mdme. Leachapelle en 15.652 partos ha obser-
vado 14.677 de vértice = 93.2% i de cetros
14.677 - eran izquierdos 11.712 = 97.98%
derechos 2.975 = 2.02%. Dividiendo los
izquierdos entre anteriores i posteriores da para
los primeros 11.634 = 99.32% i para los se-
gundos 783 sea 0.68%. En los derechos la propor-
cion es la siguiente: anteriores 2.853 = 95.89%
i posteriores 122 = 4.11%.

Dubois según Joulm en 2.000 partos
encuentra 1.915 de vértice i 85 de pelvis. Los
1.915 como sigue:

O. I. Y. A.	—	1.355	=	70%
O. I. D. P.	—	491	=	24%
O. I. D. A.	—	55	=	3%
O. I. Y. P.	—	12	=	1%



Leichman da el siguiente cuadro en
que da el tanto por ciento de las diver-
sas posiciones de la cabeza, en las
presentaciones de vértice.



	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	Inclasi- ficada
	O.Y.G.A.	O.Y.D.A.	O.Y.D.P.	O.Y.Y.P.	
Naegele	70%	"	29%	"	1%
Ed. joven	64.64%	"	32.88%	"	2.47%
Simpson i Barry.	76.45%	0.29%	22.68%	0.58%	"
Dubois	70.83%	2.87%	25.66%	0.62%	"
Murphy	63.23%	16.18%	16.18%	4.42%	"
Swayne.	86.36%	9.79%	1.94	2.8%	"

Con respecto a las otras posiciones de la cabeza en la presentación de vites he aqui lo que dicen los autores siguientes:

Maugrier, Capuron i Duges con Stoltz no admiten sino presentaciones en la direccion de los diametros oblicuos, las otras son variedades secundarias i excepcionales.

Madme. Boivin sobre 19.585 partos ha observado 6 presentaciones oxipito - frontales i 2 oxipito - sacras. Madme. Sachapelle dice no haberlas encontrado nunca.

Refiriendose a la rotacion o no rotacion de la cabeza en las posiciones posteriores dicen "Naegele sobre 147 partos de posicion O.Y.P. ha visto hacerse la rotacion en 127 i 17 veces el oxipucio ha permanecido hacia atras."

"Dubois en 503 la ha observado 464 veces, 39 veces ha hecho falta i en 7 veces ha sido necesario aplicar el forceps.

2.^o Parte = La Estadística de la Maternidad de Santiago de que paso a ocuparme, comprende desde setiembre del año 1875 hasta junio de 1884 no habiéndose publicado la de



Los meses de abril, mayo i junio del año 83 i el mes de setiembre de 1884, i los meses de mayo, junio, julio, agosto, setiembre i octubre de 1886. arroja como total de partos. 8.886. divididos como sigue:

8.274 presentaciones de vértice en las posiciones siguientes: = 93.1%

O.Y.Y.A. - 6.03% = 72.98%

O.Y.Y.F - 180 - 2.17%

O.Y.Y.P - 286 - 3.46%

O.Y.D.A. - 400 - 4.84%

O.Y.D.F - 165 - 1.99%

O.Y.D.P. - 884 - 10.68%

En los cálculos anteriores no tomé en cuenta 2 que en la estadística aparecen como expulsores sin indicar el diámetro o cretado a que pertenecerían

Las presentaciones pelvianas alcanzan a 395 o sea 4.45% repartidos en las diversas posiciones como sigue:

S.Y.Y.A. - 235 - 5.95%

S.Y.Y.F. - 20 - 5.11%

S.Y.Y.P. - 24 - 6.10%

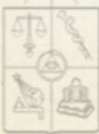
S.Y.D.A. - 59 - 15.09%

S.Y.D.F. - 20 - 5.11%

S.Y.D.P. - 50 - 12.68%

Como en el cuadro de las presentaciones de vértice, solo tomé en cuenta para calcular el tanto por ciento de cada una de las posiciones sacras 394 que en la estadística aparecen clasificados.

No tomé en cuenta cuatro casos que apare-

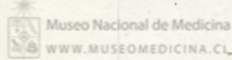




cen sin clasificación exacta.

Las presentaciones de cara alcanzan solo a 41 esto es 0.47% divididas en las posiciones siguientes

Mento-iliaca Izda. Ant.^a - 9 - 21.95%



— — — — — D. Har.^a - 5 - 12.15%

— — — — — D. Post.^a - 4 - 9.78%

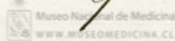
— — — — — D. Ant.^a - 6 - 14.08%

Museo Nacional de Medicina

D. Trasl.^a 10 - 22.78%

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

D. CL Post.^a 4 - 17.07%



Las presentaciones de tronco forman un total de 129 o sea 1.45% con respecto al número total de partos, y están distribuidos como sigue:

P.L.D. 74 = 57.36% - De estos últimos

C.Y.Z. 23 = 31.08%

C.Y.D. 51 = 68.92%

Plano L. Iz. 55 = 42.54% divididos en C.Y.Z. = 30 = 54.54%

C.Y.D. 25 = 45.46%

Los partos que en número de 33 faltan, reuniendo las apuntadas mas atras en los cuadros anteriores, para el total de 8.886 que tomo en cuenta, en esta estadística pertenecen a una clasificación de que clasificados imperfectamente solo se pueden tomar, para los cómputos de las presentaciones, no así para las posiciones, que requirieren una demarcación precisa.

Deben también hacer notar que aunque con



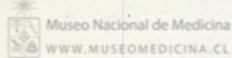
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



prendidos en el total, no lo están en los computos parciales 19 partos divididos en las 2 posiciones siguientes, que por su extrema rareza, he creído convenientemente recordar por separado:

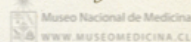
Oxipito Sacro 12 - Oxipito puviano 9.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Entre los sin clasificar hai tomado en cuenta 2 que merecen especial mención: a que he dado colocacion por estar en esta forma en los originales de este trabajo, con estos de posiciones sacra-sacra.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Entre las observaciones de las presentaciones de vértice en posición posteriores, se encuentran las siguientes en que falta la rotacion, en 36 posiciones derechas posteriores, en 23 izquierdas posteriores: en una izquierda transversal.

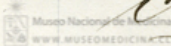
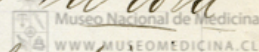
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Solo aparecen como habiendo exigido la aplicacion del forceps 2 izquierdas posteriores, es una derecha posterior tambien.

3^a Parte

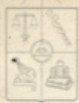
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Estudios de diversos autores sobre las causas i modo de produccion de la rotacion interna de la cabera en las posiciones posteriores =

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Barnes "En estas posiciones, casi siempre hai tendencia a transformarse en anteriores, pero cuando esto no sucede quedan como posteriores. Esta conversion de posterior en anterior, se hace frecuentemente cuando el craneo llega de la pelvis. Tiene su mayor frecuencia cuando el

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



21

promontorio es aplastado i entonces el oxipucio tiene tendencia a volverse hacia atras cuando desciende; ademas se repiten como frecuentes cuando la mujer ha presentado esta posicion en algun parto anterior. El trabajo es mas largo i exige a veces la aplicacion del forceps. La 1^a posicion O.S.T.A. es la mas frecuente por la facil adaptacion de la columna del feto a la pared del vientre de la madre, que le presenta poca resistencia, ahora bien, cuando la columna vertebral tiene muy poca acusada su convexidad, el oxipucio se desliza con mayor facilidad hacia atras i de ahi su frecuencia como posteriores.

Su modo de terminacion que como hemos dicho es por la rotacion hacia adelante se hace segun "Dubois" el oxipucio encuentra en su descenso la espina del isquion derecho, sus ligamentos; en lugar de pasar hacia atras, volve hacia adelante i se dirige por los planos isquiaticos descendiendo, camina hacia adelante hasta ocupar la segunda posicion "Nocturne" creemos que el Coax-iliaco del costado en que se encuentra el oxipucio juega un rol importante en esta rotacion i que por sus contracciones lleva el oxipucio a los planos isquiaticos.

Cuando el oxipucio queda hacia atras tiende a colocarse en la concavidad del sacro. La frente desciende detras del agujero sub-puriano

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

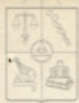
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



No del costado opuesto. Esta estension de la Cabeza pone sus diámetros desfavorablemente a los diámetros de la pelvis. Aunque con grandísima dificultad llega a enclavarse de una manera análoga al oxipucio en las posiciones anteriores, i entonces la fuerza espulsiva obra sobre el oxipucio que sale el primero, distendiendo con fuerza el perine, achatándose la cabeza, al cesar la flexion, se desprende la cara, apareciendo la nariz, la boca i el menton. Quando el oxipucio sobre el perine sufre una gran distension, por cuya causa se desgara con mucha mayor frecuencia que en las presentaciones anteriores.

Charpentier - 3^{er} tiempo del desprendimiento en las presentaciones de vertice. 2^a Posicion, Rotacion - Es el que presenta mas anomalías. La rotacion puede faltar, hacerse i aun pasarse su limite, (ser exagerada) puede hacerse antes que la cabeza haya llegado al plano de la pelvis (los tiempos se ejecutan casi al mismo tiempo) cuando la rotacion se exagera se convierten de derechos en izquierdas o de izquierdas en derechas pero hai un movimiento de reestitucion. Se terminan como si la rotacion primitiva hubiera sido regular. Cuando no se hace la rotacion si la cabeza es pequeña, a pesar de la poca intensidad de la fuerza espulsiva (que es la regla en estos casos) el parto se hace en las primiparas (en las multiparas la rotacion no tiene gran importancia). En estos casos la





cabeza queda aplicada por el oxipucio sobre una de las ramas isquio-puriana. El trabajo es mucho mas largo. Sucede a veces que el cuerpo no sigue a la cabeza en su rotacion, entonces a su salida, que se hace oblicuamente se hace un movimiento de restitution.

Pero la anomalia, mas seria es la perversion del movimiento de rotacion, este se hace hacia atras; la posicion se hace oxipito-sacra. Esta anomalia trae casi de seguro la necesidad de la intervencion, sin embargo puede hacerse espontaneamente, siendo entonces mucho mas largo. Segun Dubois "no solo por la mayor estension que tiene que recorrer el oxipucio, como dicen los parteros, sino por que el feto se presenta un tall rigido de 13 a 14 centimetros superior a los diametros de la pelvis, que quedara rigido hasta la salida del oxipucio de la pelvis, para lo que necesita recorrer toda la region posterior de la pelvis i toda la estension del perineo.

Ordinariamente la cabeza desciende en la estension forzada, el oxipucio hacia atras, la frente se apoya debajo del puvris hasta que el oxipucio llega a la comisura portenos del perineo, sabiendo el primero; tomando la nuca un punto de apoyo sobre esta comisura salen sucesivamente el tregma, la cara, el menton.

Farnier. "El movimiento de rotacion en las posiciones posteriores se hace con lentitud; falta completamente en algunos casos. En estos casos la cabeza se flexiona exageradamente, el oxipucio



Se coloca por detras i se apaya sobre la parte pro-
terius del perine; la frente se pone en relacion
con los pubis. Bajo la influencia de energicas
contracciones el oxipucio baja recorriendo todo
el largo de la gotera perineal i se desprende
mientras que el perine desliza sobre la nuca
i extendiéndose la cabeza aparece sucesivamente
las partes de la cara, frente, ojo, nariz, boca i men-
ton. Aunque irregular es casi idéntico al parto
ordinario de vértice (por su modo de desprendimiento,
aunque el oxipucio salga hacia atras). Aunque
espontaneo este desprendimiento es tardío i
expone a rupturas del perine i aun reclama
frecuentemente la intervencion del forceps.

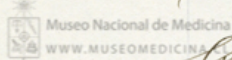
En fin la cabeza puede desflexionarse i
transformarse en una presentacion de cara. El
oxipucio queda colocado hacia atras, no se des-
prende, i la frente se desliza, siguiendo toda
la cara; i el menton se desprende el primero.

Médico Guillemont "piensa que el oxipucio remon-
ta hacia el estrecho abdominal, mientras que
el menton baja"; pero esto es inadmisibile; i solo
parece suceder que el menton se enclava mien-
tras el oxipucio está en la concavidad del sacro.
Semeyante movimiento es imposible, pues el
diámetro oxipito-mentoniano tiene $13\frac{1}{2}$ centi-
metros i el de la escavacion solo 12. Este parto
es imposible a menos de condiciones espe-
ciales de amplitud exagerada de la pelvis
o desarrollo incompleto de la cabeza del feto.





Adme Lachapelle dice: "La misma rotacion se hace bastante alta, antes de enclavarse, algunas veces, cuando el oxipucis está apenas detras del agujero sub-puero no, otras veces en la arcada, otras en el estrecho inferior. por ultimo aun estando sujeta sola por el perine i la vulva.



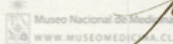
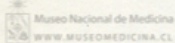
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Joulin - 2a posicion - Mecanismo del parto 3er tiempo.

Aquí comienzan las diferencias, este tiempo, no falta, como se ha dicho, solamente el oxipucis, en lugar de dirigirse hacia adelante pueda hacia atras en la concavidad del sacro. Este movimiento de rotacion tan limitado, se produce con extrema lentitud i no es completo, a menudo sino en el momento de la repulsion. La frente se encuentra en relacion con la sinfis del puño. De ahí las complicaciones tan serias que inducen a Capuron i algunos partos a proclamar la necesidad del forceps en estas posiciones.



Chauvy - "Honoré" - 3er tiempo - Posicion O.Y.d.P. La cabeza ejecuta el mismo movimiento de rotacion que en el caso precedente, solamente esta rotacion es mucho mas estensa, el oxipucis recorre toda la mitad lateral derecha de la pelvis para desprenderse.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

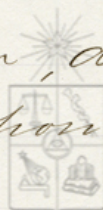
El movimiento de rotacion no se ejecuta



2

ordinariamente sino cuando la cabeza reposa sobre el plano de la pelvis, En embargo puede efectuarse, en parte, al mismo tiempo que el enclavamiento i completarse cuando la cabeza llega sobre el perine. Lo mismo aun puede ocurrirse sino cuando la cabeza haya franqueado diagonalmente el estrecho inferior i enclavarse en las partes blandas, este hecho he tenido ocasion de observar, a menudo en las primiparas. En efecto, se conside que la cabeza puede bien enclavarse diagonalmente fuera del estrecho inferior acomodándose su diametro occipito frontal a uno de sus diametros oblicuos en este estrecho, despues se presenta a la vulva, cuyo gran diametro es el anterior, posterior i se ve forzado a completar su movimiento de rotacion, a consecuencia de la resistencia que le oponen las partes blandas.

Tambien este movimiento puede exajerarse, yo he constatado este hecho. Asi el oxipucio que estaba colocado a la derecha o a la izquierda puede pasar al costado opuesto sin detenerse bajo la empuja del pubis i uno se encuentra sorprendido de encontrar, una posicion otra que la que habia reconocido al principio del trabajo. Despues de este movimiento exagerado de rotacion, el oxipucio vuelve





Sobre sus facos para enclavarse en fin bajo el pubis. Esta Anomalia tiene raras vez lugar en sentido inverso.

Yo he observado un caso en la Clínica, el oxipucio que era trasversal a la izquierda ha llegado a ponerse en relacion con la sinfisis sacro-iliaca del mismo Costado, despues pasando hacia adelante por debajo del ángulo sacro-vertebral, ha recorrido toda la pared lateral derecha de la pelvis, ha venido a enclavarse bajo el pubis, como hubiera tenido lugar en una posicion O. L. D. P. reducida en anterior.

Penard. "En otras, sin que se puede explicar, el movimiento de rotacion anterior, viene a faltar de repente o al contrario a exagerarse cuando todo llevaba hasta aqui una marcha regular. Si esta rotacion falta el oxipucio queda hacia atras i aun va a ponerse en relacion con el sacro por un movimiento en sentido inverso. Si al contrario se exagera el oxipucio pasa la sinfisis pubiana i va a ponerse en relacion con la rama del pubis opuesta a la en la cual hubiera debido detenerse.

Entonces en el caso de 1ª posicion de vertice la rotacion llega hasta 60° en lugar de 22°5' i en los casos de 2ª posicion hasta 180° en lugar de 90°. Si la direccion que afecta la cabeza de momento de su presentacion en la vulva arroja duda sobre la



posición presentada en el vértice, se salvará por la colocación de la bolsa sero-sanguinea.

Porque la rotación interna en los casos de 2ª posición de vértice, hubiera llegado a faltar no habrá razón para que el parto no pueda acabarse espontáneamente. Si la cabeza quedara efectivamente flexionada, el oxipucio concluirá por desprenderse primeramente delante del perineo desgarrándolo mas o menos es verdad, después la cabeza no tendrá mas que desflexionarse para que el bregma, la frente, la cara deslizen sucesivamente bajo la Comisura anterior de la vulva. Pero, desgraciadamente, si la cabeza llega a desflexionarse antes que el oxipucio haya acabado su desprendimiento delante del perineo, el diametro oxipito frontal al principio; después el oxipito mentoniano se pondrán en relación con el diametro coxi-pubiano que no tiene la misma estension i habrá entonces enclavamiento de la cabeza i necesidad de intervención i aplicación del forceps.

Cabezas. La cabeza llegada al tercio inferior de la escavacion o aun en algunos casos, llegada al plano de la pelvis experimenta un movimiento de rotación, por consecuencia del cual el oxipucio recorre toda la mitad lateral derecha de atrás hacia





adelante, de manera que es llevada sucesivamente hacia la extremidad derecha del diametro trasero, detras de la cavidad cotiloidea; bajo la rama izquie-~~da~~ pubiana derecha; i la frente o bregma rodando en sentido inverso, es llevada de adelante hacia atras de la concavidad del sacro. La posicion primitiva oxipilo posterior se encuentra convertida en posicion oxipilo pubiana o anterior; el parto se termina entonces como en los casos en que el oxipucio estaba primitivamente adelante.

En algunos casos, raros sin embargo el movimiento de conversion no tiene lugar i el oxipucio queda hacia atras hasta el fin del trabajo. El parto se termina de la manera siguiente: La cabeza es muy fuertemente flexionada sobre el pecho i conserva en posicion oblicua; la frente, en relacion con el cuerpo del pubis izquierdo, llega primero al estrecho inferior i la protuberancia coronal izquierda se enclava en el vacio de la anca del pubis, de suerte que se puede algunas veces distinguir por debajo de la sinfis el arco super-ciliar, en un caso yo he visto el párpado superior. Aunque la frente se muestra la primera al exterior, el oxipucio arrojado por el raquis que le trasmite la contraccion uterina recorre toda la curvadura del perine i viene a desprenderse el primero por delante de la Co



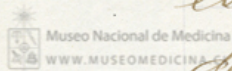
misura posterior, distendiéndose muy fuertemente el perine. Mientras que el oxipucis camina recorriendo la cara anterior del sacro i del perine, la protuberancia coronal, las cejas que se habian mostrado las primeras al exterior, suben i se alzan detras de la cara posterior de la sínfisis. Apenas el oxipucis se ha desprendido el perine deslizando sobre el plano inclinado, representado por la nuca o el de cabe en si mismo i facilita el desprendimiento de las partes anteriores de la caliza; se ve a la cabeza experimentar su movimiento de extension sobre la nuca, como centro i aparecer por debajo de la sínfisis, la fontanela anterior, la sutura coronal, la frente, la nariz, la boca i el menton.

En fin, la cabeza colocada en posicion O. G. D. P. puede una vez llegada a la evacuacion desfleccionarse i la presentacion de vertice convertirse espontaneamente en presentacion de cara, en el estrecho inferior. Hemos sido testigos de un hecho semejante en la Clinica en 1838. He aqui dice Guillemeot como esta transformacion se opera. "El oxipucis detenido contra uno de los puntos de la parte posterior de la pelvis, en lugar de avanzar sobre el perine, hacia el estrecho perineal, remonta en las curvaduras del sacro ejecutando movimientos rotatorios e invirtiéndose hacia atras a espaldas del pecho. Durante este tiempo, la frente, la cara de

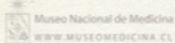
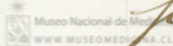
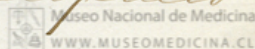
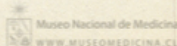




quenden detras del pubis; van atras; hacia abajo hasta que el menton viene a enclavarse bajo la arcada. La cabeza que es totalmente invertida hacia atras, atraviesa el estrecho perineal, como en una presentacion de cara.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

La disposicion que el plano inclinado del cuello de la matriz imprime al vertice, en esta posicion, es dice "M. Guilleminot": una causa frecuente de semejante mutacion por encima del estrecho abdominal. La ligera inversion de la cabeza que en estas posiciones existe siempre puede corregirse cuando las contracciones uterinas, obrando sobre el feto, pueden hacer doblar el menton sobre el cuello, pero tambien la inversion puede ser merada mas lejos i completarse si el oxipucio encuentra un obstaculo a su descenso en la escavacion, en fin, en las oblicuidades de la matriz, donde la inclinacion del vertice es mas grande, el invertimiento en lugar de borrar, se pronunciará ventajosamente, el oxipucio subira i la frente descendera."

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



(Yo creo que no se alejaría mucho) anuncian
do que sobre tres posiciones oxipito-posteriores, ha
una que da lugar a la presentación de cara.
Mr. Playfair = "En la gran mayoría de los casos, duran
te la marcha del trabajo, el oxipucio gira hacia
adelante a lo largo del costado derecho de la
pelvis, hasta que llega cerca del diámetro
anterior-posterior del estrecho inferior, pasa la
arcada del pubis; la frente desliza
sobre el perineo. Se verá que durante una
parte de esta extensa rotación, la cabeza pue
de quedar en la posición O. Y. D. A. ; el parto
terminarse absolutamente como si la cabeza hu
biese estado primitivamente en esta posición.
Esta rotación tiene lugar en la mayoría de
los casos cuando la cabeza está sobre el pla
no de la pelvis, porque en este momento se
hace sentir su resistencia. Mientras mayor
es la resistencia, la rotación se opera más
pronto. Por lo que es probable que se hace más
pronto cuando la cabeza es grande; la
pelvis pequeña.

Si la flexión de la cabeza no es completa
; si la fontanela anterior está bastante baja
para que pueda tocarse con el dedo, resultan
grandes dificultades. En muchos casos la ro
tación puede hacerse, pero, en otros, es impo
sible; el parto se termina con la cara al
pubis con un retardo considerable; un tra
bajo penoso. Según el Dr. Woodale West, de



de Alford. que ha estudiado seriamente este asunto, esta terminacion se observa cuatro veces sobre ciento en las posiciones oxipito-posteriores. Cuando esto sucede se puede sentir muy abajo la fontanela anterior, i algunas veces la frente i aun las cejas. La contraccion uterina arroja hacia abajo el oxipucio, la frente se fija detras del pulso, pero no para mas abajo como lo hace el oxipucio en la 1^a posicion. La frente se flexiona con ventaja i sube, mientras que la resistencia del plano de la pelvis dirige el oxipucio hacia adelante. El perineo es bien pronto distendido enormemente por la parte dorsal de la cabeza i seriamente expuesto a una desgarradura, despues el oxipucio se desprende, pero no sin dificultad. Se produce entonces un movimiento de extension, la nuca se fija contra la comisura anterior del perineo, la fuerza impulsiva obra sobre el oxipucio, la cabeza da vuelta sobre su eje transversal. La frente i la cara son asi expulsadas, despues se desprende el cuerpo.

Se dice que en algunos casos excepcionales, cuando la fontanela anterior está muy baja, el trabajo puede terminarse por la conversion de presentacion de vertice en presentacion de cara; la cabeza vuelve sobre su eje transversal, la frente se dirige de la parte anterior hacia la parte posterior





de la pelvis i el menton emerge bajo la superficie pubiana. Pero es evidente que esta sustitucion no puede operarse sin que la cabeza sea anormalmente pequena: debe ser extremadamente raro.

Naegele's "Frenser" Cuando la cabeza ha llegado a la escavacion i experimenta la resistencia que le opone la superficie oblicua formada por la mitad inferior del sacro i el coxis, los ligamentos sacro-ciaticos, se produce habitualmente en esta posicion la modificacion siguiente: el diametro longitudinal de la cabeza, que ocupa el diametro oblicuo izquierdo de la escavacion, se dirige poco a poco hacia el diametro trasverso i de ahi al oblicuo derecho, de suerte que la pequena fontanela, que se encuentra atras i a la derecha, es llevada a la derecha i adelante detras del agujero oval, este movimiento se hace poco a poco avanzando i retrocediendo el oxipucio alternativamente. Este movimiento de va i viene es sobre todo marcado en las primiparas, en las multiparas aunque es su modo de produccion, se suele hacer por una sola contraccion.

Se ha observado algunas veces que en la 2ª posicion el trabajo se acaba sin que la cabeza execute su conversion habitual.

Podemos encontrar esta excepcion 20 veces en 1217 casos. En semejante circons-



tancia la gran fontanela queda vuelta hacia el agujero oval i la pequeña que es casi siempre un poco mas baja, hacia el pequeño ligamento sacro - ciático, hasta que la cabeza es elevada al estrecho inferior. En este momento, la gran fontanela se lleva un poco mas hacia adelante, mientras que el occipito se acerca a la extremidad posterior del diámetro antero-posterior - rotacion hacia atrás.

La parte de la cabeza que se presenta a la vulva, es el cuarto superior i anterior del parietal izquierdo, acompañado lo mas a menudo de la parte superior del frontal izquierdo.

La cabeza conserva esta posicion mientras que se enclava entre los grandes labios. En el momento en que franquea el pasaje, la parte anterior del frontal izquierdo se apoya contra la arcada pubiana i a menudo se encuentra mas tarde en este estrecho una mancha roja producida por la presion.

(Causas del movimiento de rotacion) En el párrafo siguiente.

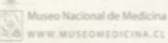
Naegele. Las condiciones que trae esta anomalia del mecanismo i que al mismo tiempo permiten darse cuenta facilmente son las siguientes: la amplitud exagerada de la entrada i salida de la pelvis, o solamente del estrecho inferior; la flexibilidad considerable de los huesos craneanos que son muchas veces soplados como pergamino; otras anomalias de estructura del cráneo.



tales como falsas suturas, fontanelas muy grandes, pequeño volumen de la cabeza del feto, la extensibilidad exagerada de las partes blandas de la pelvis, y principalmente de las que forman la salida, las desgarraduras no curadas del perineo, resultado de las partes anteriores.

Plaisir Como se efectuara esta rotacion, el síncope, que ocupa el lugar del occipucio en la primera posicion no vuelve hacia adelante hacia el pubis, como lo hace este mismo?

Se puede explicar por el hecho que la accion uterina, transmitida al traves de la columna vertebral pasa al occipucio a descender mas bajo que el síncope, de tal suerte que en la mayor parte de los casos al examen vaginal, la fontanela posterior puede ser percibida, mientras que la anterior esta alta y fuera de nuestro ataque. La cabeza es, pues, estremadamente flexionada, y descende en la cavidad pelviana hasta que el occipucio mas bajo, que la espina ciática experimenta la resistencia del plano de la pelvis frente a frente del ligamento sacro ciático, derecho por el cual es dirigido hacia adelante. La frente en este momento, su puesta la flexion marcada, está demaciado alta para ser influenciada por el plano anterior de la pelvis. La flexion continua, el occipucio vuelve hacia adelante, la frente contourna el estado izquierdo de la pelvis, y el trabajo se termina como en la posicion O.Y.A."





Hecher segun Ducean, dice: La presentacion, de cara es mas comun en la segunda posicion, que en la 1^a como 13: 3 teniendo por causa la oblicuidad uterina, a la derecha 76%. Segun este mismo autor existe en 100 mujeres tomadas al azar 76% con oblicuidad uterina, a la derecha 4% a la izquierda, 20% anterior.

Ducean estudiando las presentaciones de cara dice:

Al estudiante inteligente no puede ocultarse le los hechos siguientes: que son mas que una simple coincidencia, que la oblicuidad lateral derecha es habitual, que los casos de presentaciones de cara son relativamente mucho mas frecuentes cuando el occipucio esta en segunda posicion antes de su transformacion, es decir cuando el dorso del feto esta dirigido a la derecha en fin, que los niños son en general débiles, Ofalicos. En otros terminos las condiciones que pueden a priori demostrar como mas favorables, a la transformacion de vórtice en presentacion de cara son precisamente las que predominan, aunque no de una manera invariable. Segun la estadística "Hinkel" La segunda posicion comparada a la 1^a en las posiciones de cara, es mas frecuente que la 2^a comparada a la 1^a en las presentaciones de vórtice; que por consecuencia (ceteris paribus) la presentacion de cara es mas facilmente producida cuando el dorso del niño esta dirigido al costado derecho que cuando está dirigido



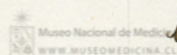
del Costado izquierdo

"Cabeza" El útero está colocado casi en la dirección
 del eje del estuche superior, la suma de sus fuer-
 zas espulsivas, o para hablar mas claramente,
 la suma de Contracciones puede ser representa-
 da como ejerciéndose según la dirección del eje
 del estuche superior. Estando colocada la cabe-
 za en posición O y D. el occipucio, avofado
 por las contracciones uterinas que se transmiten
 al raquis, disciende, pues, en la dirección del
 eje del estuche superior, es decir, de arriba abajo;
 de delante atrás; continúa descendiendo hasta
 que encuentra la resistencia de la parte inferior
 lateral de la pelvis o las partes blandas del plano
 perineal. Se detiene ahí por poco, que esta resis-
 tencia sea considerable; desde entonces la direc-
 ción en que camina el occipucio debe cambiar,
 se necesariamente. Esta resistencia, en efecto,
 puede ser representada por una fuerza de direc-
 ción perpendicular a la superficie lúida, que
 se aplica a la cabeza del feto en su punto de
 contacto con el plano posterior de la escava-
 ción. Este punto de contacto, es evidente
 en los casos que nos ocupamos, la parte la-
 teral, derecha y posterior de la cabeza, que vie-
 ne a huir contra uno de los puntos de la par-
 ed posterior de la escavacion; la cabeza del fe-
 to o mas bien la estremidad occipital de esta
 cabeza es desde entonces avofada por dos fuer-
 zas diferentes de las cuales una obra sobre ella de



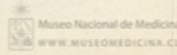
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



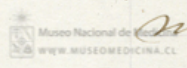


atras adelante i un poco de abajo arriba de la fuerza de resistencia representada por la perpendicular a la superficie herida, componiendo el paralelogramo de estas fuerzas nacidas de la fuerza de resistencia con la venida del útero i transmitida por el raquis en la direccion del eje del estrecho superior se obtiene una diagonal como resultante de estas fuerzas que indica la direccion del movimiento que debe tener lugar. Ahora, construyendo este paralelogramo se ve evidentemente, que el oxipucis debe volverse hacia adelante abajo i a la derecha, pues la diagonal o resultante de las fuerzas está dirigida de atras adelante, de arriba abajo i de izquierda a derecha.

Saboya - Es suficiente tocar a una mujer para ver evidentemente que contrariamente a la opinion de Caseaux es la parte posterior izquierda de la cabeza la que hiera mas inmediatamente las partes laterales de la pelvis, que la fuerza de resistencia representada por la perpendicular a la superficie que la experimenta, el obstáculo debe seguir una direccion un poco oblicua de derecha, a izquierda, en seguida si la fuerza contractil está dirigida de arriba abajo i de delante atras, estas dos fuerzas deben encontrarse perpendiculares la una sobre la otra, de suerte que su resultado no será la diagonal de un paralelogramo construido sobre estas dos fuerzas como base. Si se admite que estas dos fuerzas no son per



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



perpendiculares la una sobre la otra, el resultado no será un semi-circulo lateral, sino mas bien un semi-circulo que tendrá la misma direccion de la Cara anterior del sacro i del plano perineal, distendido por la cabeza fetal."

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Estudiando la estadística de la Maternidad de Santiago, con los datos estadísticos de los diversos autores citados en el Curso de esta memoria, se observa, que estos últimos dan un mayor número proporcional para los partos de vértice, como tambien que la ~~tercera~~ posición entra en mayor número en la estadística de Santiago que la segunda; esto se explica por que en esa estadística se encuentra en los primeros años un aumento de las posiciones O.Y.D.A., estando considerablemente disminuido el de las posiciones O.Y.D.P. que son con mucho las mas comunes como aparece en esta misma estadística en sus últimos años, en que se ha prestado mayor atención a su formación, siendo probable que en tiempo anterior se haya tomado por O.Y.D.A. posiciones que han sido primitivamente O.Y.D.P. i que han sido reconocidas en via de rotación.

En cuanto al modo de producción de la rotación, creo con Casearx, Naegeli i la mayor parte de los autores que es la parte posterior derecha de la cabeza la que ataca primero el hueso de la pelvis i que los ligamentos sacro-cocígeos, el sacro i el coxis i los partes blandas

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



de la pelvis, entre ellas el músculo psoas, oponiendo resistencia al descenso de la cabeza, que flexionada ejerce presión por su parte posterior, mientras que la frente está bastante alta; por consiguiente la parte anterior de la cavidad pelviana desocupada, la cabeza debe ir entonces hacia la parte libre para la que la conformación misma de la pelvis se presta; la cabeza es elevada por la fuerza expulsiva; agregare que considero que por hacerse este movimiento paso a paso por alternancias de baja y sube, los líquidos que envuelven al feto, deben servir eficazmente a este resultado.

Es digno de notarse que en las estadísticas inglesas los partos de cara son mucho menos comunes y que estos en todos los casos son mas frecuentes en la 2ª posición que en la primera estudiada.

Parece que la práctica seguida por los parteros de esa nación, se acostumbra asistir a las enfermas recostadas sobre el costado izquierdo, con lo que, se hace mas directa la acción uterina, convatiendo por este medio la oblicuidad lateral derecha, cuando que se ha dado de estas posiciones, y con mucho mas comun que la oblicuidad anterior e izquierda.

Eduardo Estévez

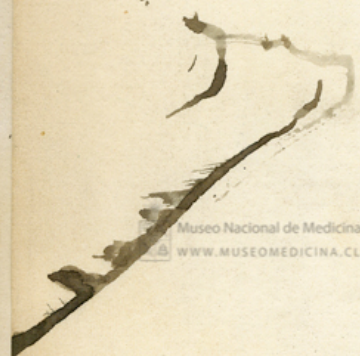




Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

5 abril 1858

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL