



# BOLETIN MENSUAL

*Principales acuerdos tomados por la Junta Directiva en la reunión trimestral (Art. 11 de los Estatutos).*

1.º Admitir como asociados á los señores

D. Francisco Parés y Llansó.	.	Figueras.
„ Guillermo Vilar..	.	Cabanellas
„ José de Masdevall.	.	Figueras.
„ Alberto Pagés y Garrigolas.	.	Gerona.
„ José Comamala y Blanch.	.	S. Juan de las Abadesas.

2.º Dar de baja á D. Vicente Biader de Gerona y á D. Joaquín Carreras de S. Hilario por haber sido destinados con el carácter de Médicos provisionales de Sanidad Militar á Filipinas; y á D. Pelayo Martínez de Figueras por renuncia.

3.º Celebrar sesión extraordinaria el día 10 de Marzo próximo al objeto de aprobar definitivamente el repartimiento del déficit. por Patentes. Que según se especifica en las páginas 4 y 5 del número anterior, importa sin los recargos 3837 pesetas; de las que 1864 pesetas corresponden á 24 pueblos del partido de Figueras; 338 pesetas á 6 pueblos del de Gerona; 401 pesetas á 10 pueblos del de La Bisbal; 394 pesetas á 11 pueblos del de Olot; 449 pesetas



á 11 pueblos del de Puigcerdá y 391 pesetas á 8 pueblos del de Sta. Coloma.

Rogando de nuevo á los señores Médicos que formulen los reparos á que se crean con derecho por cuanto lo que acuerde el SINDICADO es ejecutivo según lo dispuesto en el R. D. de 13 de Agosto de 1894.

4.º Adherirse á la moción del Colegio Médico Quirúrgico de Lérida, encaminada á solicitar la reforma del Real Decreto de 5 Enero último, por el que se crea una sola plaza de Médico de la Comisión mixta de Reclutamiento, acarreado con ello perjuicio á los Médicos que ejercen en las capitales de provincia, por cuanto antes turnaban todos ellos en los actos de reconocimientos de quintas y los honorarios á que tenían derecho, se repartían más equitativamente, pues se percibían entre todos.

5.º Contestar las preguntas formuladas por el genial escritor y antiguo compañero de Junta, que desea guardar el anónimo, en el escrito que viene á continuación:

## UNA CONSULTA

---

El infrascrito, miembro del SINDICADO MÉDICO DE LA PROVINCIA DE GERONA, teniendo en cuenta que su cabeza ha quedado convertida en olla de grillos desde que ha leído el art. 95 de la *Ley de Reclutamiento y Reemplazo del Ejercito* modificada según R. O. de 21 Agosto de 1896, y que copiado al pié de la letra dice lo siguiente:

*“ Todos los mozos incluidos en el alistamiento anual, aún cuando no aleguen enfermedad ni defecto físico alguno, serán reconocidos facultativamente en el acto de la clasificación y declaración de soldados, por los Médicos titulares de los Ayuntamientos; haciéndose constar el resultado de dicho reconocimiento, el cual se tendrá presente para los efectos de aquellas operaciones „; no solo para saber á que atenerse respecto al particular, sino que también al objeto de que la resolución pueda servir de norma á todos los asociados, á la Junta Directiva atentamente.*



Espono las siguiente consulta en forma de preguntas, esperando que será contestada en las páginas del BOLETIN:

1.<sup>a</sup> ¿Los médicos del SINDICADO que sean llamados por las Corporaciones municipales á prestar el servicio á que hace referencia el citado art. 95, vienen obligados á poner en cada certificación de salud ó enfermedad — librada por supuesto en papel de oficio — el sello del SINDICADO?

2.<sup>a</sup> ¿En caso afirmativo quien ha de satisfacer la peseta el Municipio ó los mozos reconocidos?

3.<sup>a</sup> ¿No existiendo todavía en nuestra provincia — salvo rarísimas excepciones — los médicos titulares á que se refiere la Ley, vienen obligados nuestros compañeros á prestar dicho servicio en la localidad de su residencia?

4.<sup>a</sup> ¿Idem, idem fuera de ella?

5.<sup>a</sup> ¿Tanto si prestan dicho servicio libre y espontáneamente ú obligados por la Ley, pueden pedir los honorarios que crean conveniente, en relación siempre con el número de mozos concurrentes y la distancia de su residencia, ó han de aceptar lo que cada Municipio tenga á bien darles?

6.<sup>a</sup> ¿No sería útil y hasta conveniente que la Junta Directiva del SINDICADO fijara dichos honorarios para que no mediase el caso de que mientras un asociado se avenga á prestar el servicio por una bicoca, otro establezca una tarifa más crecida?

7.<sup>a</sup> ¿Puede un médico prestar dicho servicio á la vez en dos Municipios?

8.<sup>a</sup> ¿En caso afirmativo no incurrirá en responsabilidad, teniendo en cuenta que las espresadas operaciones han de tener lugar el mismo día y á la misma hora en todos los pueblos de España?

9.<sup>a</sup> ¿Sería causa atenuante el hecho de que siendo 249 los Ayuntamientos de la provincia no son más que 198 los médicos que en ella ejercen legalmente su profesión?

10.<sup>a</sup> y última. ¿No puede muy bien suceder que la generalidad de los Municipios aleguen la excusa de que no habiendo en la población médico titular unas, ni no titular otras, no les es posible cumplimentar el párrafo 1.<sup>o</sup> del art. 95 y entonces las nueve preguntas mas arriba expuestas queden convertidas en música celestial?

Mientras aguarda el informe, criterio, respuestas ó resolución de las diez preguntas reitera los mas espresivos afectos á la Junta Directiva de su digna presidencia s, a. y s. s. q. b. s. m.

*El Num. 91.*

Febrero de 1897.



## CONTESTACIÓN

### A la primera y segunda pregunta:

No debe ponerse sello del SINDICADO á los Certificados que libre el Médico del acto del reconocimiento, pues la tal certificación es parte integrante del acta del Ayuntamiento. Artículo 95 de la Ley y 59 del Reglamento.

### A la tercera y cuarta:

Los que no sean Médicos titulares ó municipales y aún siéndolo, si no tienen entre las cláusulas de su contrata, la obligación de reconocer á los mozos del Reemplazo, son completamente libres de prestar ó no dicho servicio y nadie puede obligarles á ello dentro las prescripciones legales.

### A la quinta:

Creemos que los honorarios han de ser cuando menos las de 2'50 pesetas para cada reconocimiento, cantidad que fija el artículo 129 de la Ley para el facultativo civil de la Comisión mixta; y lo aclara el párrafo 3.º del artículo 125 del Reglamento al hablar de los Médicos de la misma localidad que la del que ha de ser reconocido.

### A la sexta:

La Junta aconseja que para el caso de tener que salir el Médico fuera del lugar de su residencia, y si el número de reconocimientos que tenga que practicar es exíguo, como á servicio libre, debe exigir, á más de los honorarios arriba marcados, un tanto alzado como indemnización de viaje.

### A la séptima y octava:

Puede un Médico prestar el servicio en dos pueblos distintos, pues el artículo 103 de la Ley dice, que la declaración de soldados *se ejecutará desde una hora cómoda de la mañana hasta la de ponerse el sol* y bien puede en este lapso de tiempo trasladarse de un pueblo á otro teniendo cuidado de hacer constar en acta la hora que cesa en el uno y empieza en el otro, cuanto más que en este último si no termina puede continuar al día siguiente.

### A la novena:

Con buena voluntad, por parte de los Médicos, creemos puede prestarse el servicio en todos los municipios, pues como hay poblaciones que tienen varios Médicos, los que no actúen en ellas podrían ir á los pueblos que no los tuvieren; cuidando de atemperarse en lo tocante á la presencia á lo previsto en la anterior respuesta.

Verdad que esto exige por parte de los Ayuntamientos el formal compromiso de cumplir las condiciones que estipulen con los Médicos que se presten á servirles y no pase lo de siempre, que de los fondos municipales todos cobran menos el Médico.

### A la décima:

La Junta tan pronto se publicó el Reglamento para la aplicación de la Ley de Reclutamiento, en cuyo articulado se confirmaba el criterio de que debían ser los médicos titulares ó los municipales quienes practicasen los reconocimientos; elevó al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación la siguiente súplica:



EXCMO. SEÑOR :

El SINDICADO MÉDICO de la provincia de Gerona respetuosamente á V. E. expone:

Que á los perjuicios que se irrogan de no estar en esta provincia, organizados los servicios sanitarios que por precepto de la Ley vienen obligados á sostener los Ayuntamientos, hay que añadir la perturbación que puede acarrear, el tener que dar cumplimiento al artículo 95 de la Ley de Reclutamiento y Reemplazo últimamente publicada, lo que no podrá llevarse á cabo casi en ninguno de los pueblos de esta provincia.

La Ley de Sanidad, los Reales Decretos, Ordenes y Circulares que ordenan la creación de Médicos titulares, son letra muerta para los Municipios, el Real Decreto de 14 Junio de 1891 no ha pasado de documento que expresa el deseo, por parte del Gobierno, de que la Ley se cumpliese.

Este SINDICADO que en Enero de 1895 acudió al Sr. Gobernador civil, solo logró ver una Circular más en el *Boletín oficial* de la provincia, sin que cesara por ello la anomalía de ser la provincia de Gerona la única de España que no tiene los servicios sanitarios de los pueblos, debidamente organizados.

Al acudir hoy ante V. E., este SINDICADO lo hace guiado por el espíritu que informó su creación y ante el conflicto que podría surgir si por carecer de carácter oficial los Médicos que deben reconocer en los Ayuntamientos á los mozos del actual reemplazo, fuesen invalidados sus dictámenes sobre utilidad ó inutilidad de los concurrentes á V. E.

Suplica: se sirva dictar una disposición aclaratoria al artículo 95 de la Ley de Reclutamiento y artículo 59 del Reglamento que para la ejecución de la misma acaba de publicarse, ya que en esta provincia no existen Médicos titulares ni siquiera los que con carácter de interinidad ordena el artículo 21 del Real Decreto de Junio de 1891 ya mencionado.

Gracia que no dudan obtener de la rectitud de V. E. cuya vida guarde Dios muchos años.—Gerona 3 Enero de 1897. — El Presidente, JOSÉ PASCUAL. — P. A. de la J. El Secretario, JOSÉ FUSTER.

Y con posterioridad, en el seno de la Comisión mixta de Reclutamiento, se ha promovido igual petición siendo elevada á consulta. Es pues de esperar que para antes del 7 de Marzo habrá recaído una resolución, que normalice el servicio de los médicos de esta provincia en las actuaciones del Reclutamiento y Reemplazo del Ejército.

6.º Publicar en un cuaderno suelto, los artículos de la Ley de Reclutamiento y Reemplazo del Ejército reformada por la de 11 de Julio de 1896; los del Reglamento de 23 de Diciembre del propio año para la aplicación de la misma que interesa tengan presente los Médicos; y el Cuadro de inutilidades físicas que eximen del ingreso en el servicio del Ejército y Armada que ha de servirles para el acto del reconocimiento de los mozos sorteados.

El cuaderno á que hace referencia el anterior acuerdo, es el que se reparte con el presente número



## UN CASO DE DISTOCIA FETAL POR TUMOR SACRO

### ESTUDIOS CON MOTIVO DEL MISMO

( CONTINUACIÓN )

en conocimiento de las relaciones existentes entre el mismo y el feto, tales, que no podía ser más evidente, en todo lo que alcanzaba el dedo, que no era mucho por la ocupación de la vagina y la vulva, la continuación de las nalgas del feto, ó mejor, del cuerpo del mismo en su parte pelviana con el que estaba dentro del útero, explicándonos de este modo el porqué de la paralización del parto, cuando normalmente ya han desaparecido todos los obstáculos para su completa terminación, y viendo en ello la causa de la distocia. Pero ésta era motivada por un caso raro, por un estado teratológico del feto, y de entre los que se conocen en esta región, tumor ó adherencia con otro feto, no podíamos precisarlo, pues la negativa de la auscultación no era suficiente para excluir la idea de la existencia de un *isquiópagus*, ya que podía haber fallecido el feto interno, y la configuración del contenido de la cavidad uterina, así como su volúmen, desprendidos de la palpación, por igual podían atribuirse á una ú otra causa, y sólo la rareza de estas monstruosidades más bien nos inclinaba á creer en un voluminoso tumor. Como, por otra parte, interrogada la madre mientras la examinábamos, con el doble objeto de ganar tiempo y distraer algo su atención, respecto á si había sufrido alguna caída durante el embarazo, ó recibido alguna contusión en el vientre, contestara negativamente, así como respecto á los movimientos activos del feto percibidos por ella en el período de su gestación última, en su clase, sitio, actividad, concomitancia en dos puntos muy distintos á un mismo tiempo, y en comparación con los notados en los embarazos anteriores, nada podimos con ello averiguar, creímos oportuno no perder tiempo en más extenso interrogatorio, por las circunstancias anteriormente apuntadas, y toda vez que probablemente ninguna mayor ilustración hubiéramos podido lograr con ello, decidimos intervenir en seguida para ver de acabar con tal estado de cosas.

¿Qué debíamos hacer? ¿Cuáles serían los medios á que tendríamos que recurrir para terminar aquel parto? Así en este caso, como



en todos, es necesario que el profesor encargado de su asistencia forme su plan de intervención, y esté prevenido contra los accidentes posibles, y mucho más cuando por las circunstancias en que es llamado, y por lo que pueda desprenderse del examen de la paciente, imponga con mayor ó menor fundamento que la causa de la distocia es una deformidad fetal, puesto que dentro de las rarezas de los casos son posibles todos los accidentes, y sería un grave cargo para el mismo que por efecto de su imprevisión ocurriera algún percance. Por lo tanto, nosotros, debimos forzosamente, antes, coordinar los medios de intervención de que posiblemente tendríamos que valer nos, y empezamos considerando el volúmen del cuerpo adherido al feto naciente y con ello previendo las dificultades, obstáculos y contratiempos que pudieran presentarse, y los medios de que, según fuesen, deberíamos echar mano. Más, en nuestro caso, dentro de la dificultad que siempre lleva consigo la intervención en las distocias por teratología fetal, además de las ventajas señaladas por parte de la madre y la asegurada respiración del feto, teníamos la de que por el examen nos pudimos hacer perfecto cargo, dentro de la rareza del mismo, de las causas que motivaban la distocia, y con ellas fundar una intervención lógica, por escalas graduadas, según los entorpecimientos ú obstáculos que se ofrecieran, y en presencia de ellos aun podía, tal vez, esclarecerse algo más el diagnóstico á medida que se maniobraba y con él el tratamiento; pero en nuestra práctica seguramente se presentarán algunos de mucha mayor dificultad en su resolución, ya que si es naturalmente difícil el ejercicio de la Tocología en las distocias, mucho más lo es cuando dependen de vicios ó defectos de conformación en la madre ó en el feto.

Por lo que respeta á la primera son muy conocidas, estudiadas y precisas las reglas de conducta que debemos seguir según la especie y grado de vicio de conformación frente al cual nos hallamos; pero en lo que atañe al segundo, en la mayoría de tratados de partos lo que mas se encuentra es la denominación de ellos, sin que se fijen, en general, ni señalen las que deben regirnos en las diversas modalidades que pueden presentarse, y por lo tanto muchas son las veces que debemos guiarnos por nuestro propio criterio, constituyendo esta falta de norma un mayor compromiso para los que, no siendo especialistas, deben de entrar con todas, á semejanza de la romana del diablo, cosa que siempre nos resulta á los que ejercemos la profesión en los partidos rurales, en donde el que posee el título académico de Médico-Cirujano debe ser un verdadero enciclopédico, y, lo que es



aun peor, emprender algunas veces importantísimos trabajos ó intervenciones, no ya sin la cooperación de algún otro comprofesor en ciertas ocasiones necesaria, sino hasta del auxilio indispensable de los practicantes, obligándose con ello á verificar milagros, que si desgraciadamente no le resultan tales redundan en su desprestigio; pues para el vulgo ignorante que solo juzga á tenor de los resultados obtenidos, aun cuando haya cumplido como un verdadero maestro, si no tiene una reputación fundada en larga y afortunada práctica, y casi aun teniéndola, á el se le atribuirá la desgracia.

Tomando por motivo este nuestro caso y dado lo poco tratado que es el asunto, aunque sea yo poco indicado para ello, me permitiré hacer algunas reflexiones sobre la conducta que debemos seguir y los medios á que se tendrá que apelar, cuando por casualidad, en consideración á su poca frecuencia, nos veamos precisados á intervenir en algún parto distócico á causa de enfermedad ó vicio de conformación fetal, las que espero agradecerán mis lectores, siquiera sea porque con ellas daremos un repaso á una parte importante de la Tocología.

Dejando aparte, desde luego, la distocia ocasionada por el excesivo volúmen del feto conocido con el nombre de *hipermegalia simple*, ó sea el que no debe su origen á enfermedad, ya sea generalizada ya localizada, así como algunas de las ocasionadas por los siguientes, comprendidos en la *hipermegalia patológica*: hidropesias generales ó anasarcas, hidrocefalia, hidrotorax y ascitis; las que si bien ofrecen alguna dificultad en el diagnóstico, á veces por tener que establecerse en el acto del parto y por mediar en él circunstancias que hacen menos fáciles las exploraciones, en cambio están magistralmente explicados en casi todas las obras de especialidad, señalando reglas y medios para nuestra intervención, me ocuparé de aquellas que con menos frecuencia en ellas se consignan, como son la anquilosis fetal, los diversos tumores y las monstruosidades; procurando, después de su enumeración y estudio, indicar algunas reglas prácticas generales á todos ellos, que racionalmente se desprenden del modo de ser y del mecanismo del parto fisiológico ó eutócico, en atención á todos sus factores y á todas sus variantes, sin separarme de mi objeto: la distocia; pues si descendía al estudio patológico de cada una de estas causas, además de apartarme de él, entraría en terreno que me está vedado por la incompetencia y haría interminable este trabajo.

La anquilosis fetal, caracterizada por la inmovilidad de alguna, ó muchas articulaciones del feto, puede ser causa de distocia según la



posición y presentación del mismo; pues teniendo en cuenta el mecanismo especial del parto, según ellas sean, fácilmente se comprenderá que, careciendo de su movilidad alguna articulación que forzosamente deba de entrar en juego, pueda originarse en él algún entorpecimiento en su marcha, tanto mayor cuanto más importancia tenga el movimiento, propio del feto, impedido para adaptarse fácilmente á las precisas condiciones de forma y dimensión del trayecto que debe atravesar, desde el claustro materno hasta su completo nacimiento, y esta dificultad resultará multiplicada cuando viendo imposible por aquel obstáculo la terminación del parto en la posición y presentación iniciada, deba el tocólogo intervenir y se encuentre con que la anquilosis es generalizada.

Esta causa de distocia será de difícil diagnóstico, pues llamado el Médico en medio del trabajo del parto, solo lo será, probablemente, por la dificultad que en él mismo ella llegue á producir, y aún cuando por el interrogatorio venga en conocimiento de que los movimientos activos del feto durante la gestación han sido más ó menos limitados, ó casi nulos, si no puede adquirir más datos que se la hagan presumir, lo que no será fácil, ya que por los distintos medios de exploración directa seguramente no podrá apreciarla, como no sea en el caso de encontrar al feto con parte del tronco ó con la cabeza fuera de la vulva, no podrá con seguridad diagnosticarla hasta el momento de la intervención, recurriendo al medio que antes de su conocimiento creyera indicado para terminarlo, y se encuentre con la característica inmovilidad de la parte del feto afectada, sin que la causa de la misma falta de movimiento pueda atribuirse á obstáculo exterior que la ocasione. En el primer caso, ó sea cuando se ha podido diagnosticar la anquilosis habiendo franqueado la vulva la cabeza ó las nalgas del feto, que dentro la rareza de la afección será lo más raro, precisará que el tocólogo se haga completo cargo, ó lo más que pueda, de la importancia del proceso, de la forma y dimensiones que tenga la parte del feto aún contenida en la cavidad pélvica y de la circunstancia especial por la que se paraliza el parto, al objeto de relacionarlas con las del conducto que les falta recorrer, y venir de este modo en la consecuencia de la posibilidad de terminarlo mediante una ú otra maniobra. En los casos que se venga en conocimiento de la anquilosis fetal, como causa de la distocia, en el acto de la intervención, estando aún el feto en el claustro materno, igualmente precisará que se suspenda, en primer lugar, toda manipulación, para hacerse cargo en lo posible de todas las circunstancias anteriormente



apuntadas; pues ya no sería vano sino perjudicial empeño, para la madre, á lo mejor, querer terminar un parto, que se presenta difícil por la violencia, sin tener la probabilidad de lograrlo. Esto me recuerda el caso que me esplicó un querido y verídico comprefesor y amigo, de otro que no sé como llegaría á obtener nuestro titulo profesional á juzgar por su proceder en él: Tratábase de una presentación de hombro á dorso anterior y con caída del brazo derecho, y teniendo en gran consideración que algunas veces el parto así también termina espontáneamente por la evolución, se empeñó el *profesor* asistente en que *así* terminara, por lo que, y para *ayudarla*, comenzó y siguió tirando del brazo pendiente del feto, hasta..... que convencido de la inutilidad de sus esfuerzos tuvo que desistir de su propósito, necesitando el concurso de otro Médico, y de la capital, que por lo menos debía tardar en su auxilio unas siete horas, ya que á su sabio parecer el otro cólega residente en la misma población no debía tener capacidad bastante para llevar á cabo la mencionada *evolución forzada* que él se proponía, y cuando, después de trascurrido aquel tiempo con creces, llegó el comprefesor llamado, salió de tan apurado trance practicando la embriotomia, con el resultado que en aquellas condiciones era de esperar. Así, una vez en conocimiento de ella y de su extensión, lo que seguramente se habrá logrado al querer practicar una versión podálica por maniobras combinadas ó internas, si la presentación no era de vértice ó siéndolo no estaba encajada la cabeza del feto, ó al intentar hacer presa de los pies para su descenso en la de nalgas, ó, muy difícilmente, cuando siendo indicada la aplicación del forceps, por la permanencia de la cabeza más de dos horas en el mismo punto del canal genital, se ha procedido á ella y llega el caso de que el estado de anquilosis del feto sea tal que impida su progresión apesar de las tracciones, nuestro proceder deberá ajustarse á la posibilidad de terminar el parto de la manera más sencilla posible para la madre y el feto, aunque esté teniendo por la misma enfermedad pocas garantías de vida, cuando ella es de importancia, aún las tiene menos por la intervención que sea necesaria, y en el caso de ser tal la imposibilidad de salir del paso que requiera obrar enérgicamente ó sobre la madre con la operación cesárea ó sobre el feto con la embriotomia, debemos decidirnos por la última en consideración á esta circunstancia, caso que con más motivo se requerirá cuando con la aplicación del forceps y completamente encajada la cabeza no se haya logrado terminarlo.

El pronóstico de la distocia por anquilosis fetal, es siempre grave



para el feto, según puede desprenderse de lo dicho, y para la madre se atemperará á la importancia del proceso y con él á las intervenciones que se requieran.

Los diversos tumores que pueden desarrollarse en el feto, tales como el fibroma, el sarcoma, el lipoma, el higroma sacro, la espina bífida, el encefalocele, varios quistes, la retención de orina por imperforación de la uretra, etc., por su volúmen y por su asiento son algunas veces causa de distocias, y asimismo en la mayoría de casos su diagnóstico deberá establecerse en el acto del parto, y aun paralizado ó poco menos, sin que del interrogatorio prévio á que sujete-mos á la mujer pueda obtenerse grande ilustración; pues, además de la marcha que siga hasta el momento de su paralización ó de nuestra presencia, solo podrá inducirnos á sospechar la existencia de un proceso de esta naturaleza, según su tamaño y localización, la circunstancia especial de configuración y volúmen del abdomen en los últimos períodos del embarazo, afirmada por la madre y comprobada después por el tocólogo, simulando una gestación de gemelos; pero sin que por ello pudiera creerse así, en consideración á los datos obtenidos respecto á los movimientos activos del feto por ella percibidos sobre su limitación y mayor constancia en un sitio determinado.

Por el examen directo, si el feto está todavía completamente contenido en el claustro materno, igualmente según el volúmen y asiento del tumor, así como según la presentación y posición, variarán los datos que puedan obtenerse: por la inspección visual, si el tumor es grande, se comprobará el volúmen exagerado del vientre y tal vez alguna configuración especial parecida á la que adquiere en la gestación doble; en este caso por la palpación podrá comprobarse la presencia del mismo limitando la parte perteneciente al ovoide fetal, haciéndose cargo de las relaciones existentes entre éste y el cuerpo que además de él se encuentre, al mismo tiempo que se inquieren el tamaño, dureza y forma aproximadas que alcance, si bien dificultará este examen la tensión de la pared uterina, pudiendo darse confusión con una gestación gemelar ó con algún tumor materno perí ó intra uterino, y para esclarecer el diagnóstico, en lo posible, tendrá que recurrirse á la auscultación y al tacto: por la primera se asegurará de la existencia de un solo foco de percepción de los latidos del corazón del feto, si está vivo; pero como en la gestación doble puede darse el caso de que uno de los dos haya fallecido, este dato no tendrá por sí sólo gran valor, como tampoco lo pueden tener los que nos suministre el tacto, pues el edema subpúbico, la disminución del pelo-



teo y la dificultad de percibirlo por igual, pueden presentarse en todos estos casos, ya que son debidos á la mayor ocupación de la cavidad uterina, ó aún mejor abdominal, por lo que deberemos volver á fijar nuestra atención muy especialmente en la palpación procurando esclarecer bien todos los datos que ella nos suministre. En el caso de tumor materno peri-uterino tendrá gran valor para su diagnóstico diferencial la falta de tensión de la pared del útero y la limitación no ya del ovoide fetal, sinó del mismo con el globo uterino que lo contiene separadamente del tumor, examen que será hasta fácil si se conservan intactas las membranas y no se ha producido aún derrame de líquido amniótico. Apesar de todo, en algunos casos la diferenciación del diagnóstico no será posible por estos medios, y en ellos el tocólogo deberá esperar la completa dilatación del cuello del utero y antes que se efectúe el encajamiento de la parte fetal que se presente, podrá ampliar el examen introduciendo uno, dos ó más dedos en la vagina, y combinando con la palpación el tacto é imprimiendo algún movimiento en el feto que se presente tal vez podrá observar la separación ó adherencia de los dos volúmenes encerrados en el útero, y en el caso de que ni aún de este modo pueda tener certeza, preparado ya para las varias intervenciones que puedan requerirse, desde la versión á la aplicación próxima del forceps y hasta la embriotomía, creo que estará autorizado para proceder á la ruptura de la bolsa amniótica, si no se ha abierto antes espontáneamente, y á introducir la mano en la cavidad de ésta explorándola, y de este modo cerciorarse de las relaciones que existan entre ellos, estableciendo un diagnóstico cierto; pues si dejaba pasar esta oportunidad esperando que el feto encajara en la pelvis por su parte presentada, ya no sería posible esta exploración, y luego podría verse en la necesidad de intervenir sin conocer la verdadera causa de la distocia y el obstáculo que debería evitar ó vencer, recurriendo tal vez á un medio extremo como la embriotomía por un error ó ignorancia diagnóstica, cuando por una versión, por ejemplo, se hubiera podido salvar la vida del feto al propio tiempo que la de la madre.

En caso de que en el momento de nuestra presencia el encajamiento de la parte fetal presentada se hubiese verificado ya, y no siendo posible la exploración anteriormente apuntada, por los otros medios no pudiéramos establecer un diagnóstico preciso, deberemos esperar las indicaciones señaladas en general á todas las distocias para nuestra intervención, y una vez trascurridas dos horas de este encajamiento sin avanzar el parto en lo más mínimo, cerciorados del esta-



do del feto, por los latidos de su corazón, al igual que del de la madre, procederemos por tanto, ya probando una aplicación de forceps en las presentaciones en que se indica; ya procurando atraer el feto haciendo presa de los pies, cuando estos se presentan á nuestro alcance; ya valiéndonos de uno ó los dedos índices en forma de gancho aplicados en las ingles, en la variedad de nalgas con levantamiento de las extremidades inferiores, ó del gancho como si el feto está muerto, ó aún del mismo forceps aplicado sobre los trocánteres. Estando muerto el feto que se presente, no deberemos apurarnos mucho del resultado que esta tentativa pueda darnos, toda vez que puede recurrirse inmediatamente á la embriotomía; pero si está vivo y no dá resultado, podremos suponer fundadamente la existencia de un tumor ú otro obstáculo fetal que impide su progresión, si del examen y antecedentes no puede atribuirse á causa materna, y aunque éstos existan, la intervención siempre quedará limitada entre la embriotomía ó la histerotomía y sujeta á las mismas cuestiones de resolución entre estas dos operaciones, si bien en el supuesto de ser la causa de la distocia puramente fetal más nos inclinaremos, ó, mejor, deberemos decidimos por la primera, y muy especialmente cuando en las condiciones de posibilidad de la práctica de la segunda en el vivo resulte no poderse llevar á cabo con algunas probabilidades de éxito, y con sujeción á las indispensables reglas científicas para lograrlo, inconveniente que se encontrará la inmensa mayoría de veces en el ejercicio rural de la profesión.

También puede suceder que por nuestra intervención, con alguna de las maniobras apuntadas en el párrafo anterior, estando ya encajado el feto á nuestra llegada y no se haya podido fijar el diagnóstico, se logre el desprendimiento de alguna parte de él y no se alcance la terminación del parto, encontrándonos entonces como en los casos que al ser llamados alguna parte del feto ha franqueado ya la vulva, como nos resultó en el que motiva estos estudios, y en éstas condiciones puede practicarse otro examen para ver de conocer las dificultades que se presenten, y por poca ilustración que nos proporcionen, siempre será mucha ventaja para la intervención ulterior, y nos facilitará el trabajo en caso extremo de tener que apelar á la embriotomía. Si es la cabeza la que ha franqueado la vulva, procuraremos comunicar al tronco la rotación necesaria, según la posición, y una vez lograda, ó aunque no se logre, con cuidado y por medio del procedimiento clásico, practicaremos el descenso de los brazos para que nos quede mayor campo de exploración, y deslizando algún dedo, ó si se



puede la mano, por entre el feto y la vagina, veremos de apreciar el obstáculo que se ofrece á la terminación del parto, y relacionándolo con los datos que puedan suministrarnos los otros medios de examen, se vendrá á sentar el diagnóstico y á precisar la indicación de los medios que se requieran. Si es la extremidad pelviana la que ha salvado la vulva, procederemos de idéntico modo que cuando la cefálica, procurando el mayor campo de exploración posible.

Si el tumor es pequeño ó de mediano volúmen y no se ha podido diagnosticar antes del parto por ninguno de los medios de exploración, á causa de no estar á nuestro alcance directo ocupando una región fetal que no se prestaba á ser examinada en la posición que en el claustro materno tenga el nuevo ser, precisará un examen más minucioso y á este objeto, en el presente estudio, debemos fijarnos en los diversos casos que puedan presentarse según sean la presentación del feto y el asiento del tumor.

En las presentaciones del ovoide cefálico la existencia de un encefaloide occipital, por ejemplo, puede ocasionar el desdoblamiento de la cabeza, sobre todo en las posiciones occipito-anteriores, antes del encajamiento y variar la parte presentada, convirtiéndose en frontal ó completa de cara y en este caso no podrá comprobarse la presencia del tumor, y teniendo en cuenta las dificultades que ofrece el parto en ellas, será probablemente necesaria nuestra intervención para modificarlas, si es posible, ó para ayudarlo según el período en que se encuentre al ser llamados; más como en la de frente cuando la cabeza se encuentra por sobre del estrecho superior, se aconseja de preferencia convertirla en de vértice, podrá resultar que esta modificación no se logre, tal vez por causa del mismo tumor, en cuyo caso, debiendo variarse no queda otra que convertirla en de cara, *sin olvidar nunca que el parto en esta presentación y en posición mento-sacra ES IMPOSIBLE* y en tal se convertiría en el caso más probable de estar el feto en posición occipito-anterior, por lo que deberá evitarse en absoluto y á todo empeño que en ella se verifique el encajamiento, ya imprimiendo al feto un movimiento de rotación sobre su eje hasta haberle dado media vuelta y colocarlo en posición mento-pública, ó sea á dorso posterior, en la cual podrá terminarse el parto sin que probablemente el tumor fijado en el occipucio sea obstáculo para él, bien espontáneamente, bien con el auxilio del forceps; ya verificando la versión podálica. Si fuese fácil convertir la presentación de frente en la de vértice seguramente se encontraría el tumor y de este modo podría salvarse la dificultad que él ofreciera, según el tamaño, vol-



viéndola á la de cara en posición mento-púbica, ó recurriendo al forceps, ó practicando la versión podálica si no podía ser obstáculo su presencia para el final paso de la cabeza por la hilerá genital, ó muy rara vez teniendo que apelar á la embriotomía. Cuando la cabeza se encuentre en el estrecho medio, bien sabemos que en la presentación frontal no quedan más recursos que la aplicación de forceps, exista ó no tumor, y si es insuficiente como único remedio existe la embriotomía; y en la de cara en posición mento-sacra solo esta última. Y si, finalmente, al ser llamados nos encontramos con la cabeza en la pelvis muscular, en la presentación deberá aguardarse el tiempo reglamentario de su permanencia fija en el mismo punto del canal genital, para probar si la misma naturaleza termina el parto, no existiendo cualquier otra circunstancia que haga urgente la intervención, aplicando luego el forceps y siempre en último extremo la embriotomía; y en la de cara, en estas condiciones y circunstancias, solo la última operación en la posición mento-sacra, y la misma en la mento-púbica cuando con el forceps no pueda lograrse.

En estas mismas presentaciones de la extremidad cefálica y en la existencia de un tumor fetal en el cuello ó en el hombro, seguramente tampoco seremos llamados hasta que por su misma situación y volumen impida el parto, lo que será cuando la cabeza haya encajado en la excavación de la pélvis y en este caso el diagnóstico se hará poco menos que imposible, pues al encajamiento de la cabeza corresponden el cuello y los hombros por sobre del estrecho superior, la palpación poca ó ninguna ilustración podrá proporcionarnos y ninguna el tacto; y en este caso, trascurrido el tiempo que precisa la intervención, no siendo de urgencia para uno de los dos seres, se deberá emplear el forceps, *sin extremar nunca las tracciones que con él se practiquen* para no lastimar á la madre, y no obteniendo resultado no queda más recurso que la embriotomía, ya que en este encajamiento no será posible la versión y aún cuando lo fuere también podría tropezarse con serias dificultades como luego indicaré.

Probablemente del mismo modo seremos llamados cuando, en la referida presentación el tumor radique en el tronco, como puede ser una voluminosa espina bífida, la retención de orina por imperforación de la uretra y notable distensión de las paredes abdominales, ó algún tumor quístico, ó de otra naturaleza; pero en este caso posiblemente la cabeza ya habrá franqueado la abertura vulvar, y procurando el descenso de los brazos nos quedará algún campo de exploración, pudiendo más ó menos perfectamente venir en conocimiento del obstácu-



lo que se opone al parto y aún alguna vez presumir la naturaleza del tumor, con ella calcular el tamaño y formular un plan de intervención. Si por su volúmen supuesto consideramos imposible la extracción del feto con solo algunas tracciones sin perjuicio notable para la madre, y por su asiento, blandura y demás circunstancias podemos suponer la naturaleza líquida de su contenido, deberemos practicar con un trocar largo una punción en el tumor para evacuarlo y así reducirlo de tamaño ó vaciarlo por completo; pero en el caso de que, ya por ser un quisto multilocular, ya por no contener líquido alguno no pueda lograrse una reducción que permita terminar el parto, si no es posible tampoco su ablación, en el caso de encontrarlo ó suponerlo pediculado, no quedaría más remedio que la embriotomía. Esta ablación del tumor cuando fuese fácil practicarla siendo accesible á los instrumentos (tijeras largas curvas de Dubois, constrictor de Chassaignac ó de Maisonneuve, traquelotomo de Rull) y con todo el cuidado de no herir á la madre, guiándolos con la mano izquierda y deslizándolos siempre entre ésta y el feto, es de mucho preferible á obrar directamente sobre su cuerpo por la menor mutilación que representa, y aún, en algún caso, por la posibilidad de salvar con ella la vida del nuevo ser, lo que no podría lograrse absolutamente con la embriotomía.

En nuestro caso, después del examen y vista la existencia de un cuerpo voluminoso que se continuaba con el del feto, prevista la posibilidad de su extracción dado su aparente volúmen con solo el auxilio de las tracciones simples, sin mayor daño para la madre que una rasgadura del periné, si no la hubiésemos logrado se imponía la punción con el trocar, aún cuando no podíamos presumir la existencia de colección líquida por el resultado del examen, pues teniendo en cuenta el grosor y difícil accesibilidad del cuerpo de continuación solo con la embriotomía podía seccionarse, y antes de recurrir á ella nada se hubiera perdido probando si su contenido era líquido y podía evacuarse en todo ó en parte por la punción, y con mador razón teniendo presente que tratándose de un tumor fetal en esta parte podía ser lo mismo un higroma sacro que una espina bífida ó un cistosarcoma ú otro tumor más ó menos quístico. además de los otros que no lo son. Estas eran las contingencias que debían preverse, á cuyo efecto se previno

MANUEL MARTÍNEZ.

(Continuará).

---

*El Gerente* JOSÉ PASCUAL Y PRATS.

---

Gerona. — Imp. y Lib. P. Torres.