

42-5

H. Criado

~~H. Iglesias~~

~~H. Iglesias~~

HIDROCEFALIA FETAL COMO CAUSA DE DISTOCIA.

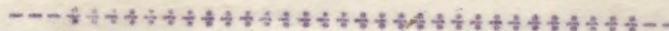
81-1-C-15

Nº

1882

Ca 2412

TRIS
para el
Doctorado en Medicina.



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313212127



por

Don. Carlos Iglesias Fariña.

Madrid. Junio de 1905.

Excmo. Sr.

Señores:

Siendo condición precisa para obtener el honroso titulo de Doctor, el desertar sobre algun tema determinado, solo el estímulo que en mi produce el poder alcanzar tan alta distinción, me impele acometer empresa para mi tan ardua, superior á mis fuerzas intelectuales. No solo me parece imposible pueda desenvolver convenientemente cualquier tema, sino que al tratar de la elección de asunto me hallo confuso y perplejo.

Todos estos temores y dificultades seguramente me hubiesen hecho desistir de mi propósito, sino hubiese el vehemente anhelo de ver realizadas mis justas aspiraciones y no tuviese en cuenta que los que han de juzgar mi trabajo, mas que criticos y severos jueces, serán padres

bondadosos que pasando sin hacer aprecio las omisiones é imperfecciones, se fijan solo en la noble aspiración que me impulsa á acometer tan ardua empresa.

Escudado en esta benevolencia que espero de la magnitud de mis jueces, pasare á tratar del punto que elegi como tema "Hidrocefalia fetal como causa de distocia" por haberseme presentado un caso durante mi corta práctica como médico titular en la Villa de Guzman (Burgos)



/HIDROCEFALIA FETAL COMO CAUSA DE DISTOCIA/

Definición.

La hidrocefalia congenita está constituida por una acumulación anormal de liquido cefalo-raquidico en la cavidad craneana, causando la distensión y aumento de volumen de la cabeza fetal .

Los autores antiguos distinguian dos variedades de hidrocefalia: externa, cuando el liquido estaba acumulado entre el cuero cabelludo y los huesos del craneo é interna cuando el liquido se hallaba en el interior del craneo. Distinguieron tambien una hidrocefalia mixta , en la cual el liquido se hallaba simultaneamente en el interior y exterior del craneo. Estas variedades son secundarias y solo se presentan cuando durante el trabajo del parto el liquido viene á trasudar fuera del craneo por presiones ejer

cidas sobre la cabeza fetal.

El liquido de la hidrocefalia existe en las cavidades del encéfalo ó en sus membranas; donde con mas frecuencia se produce el derrame, es en los ventrículos, pudiendo tambien derramarse en el tejido intersticial del encéfalo, en las mallas de la pia-madre y en los espacios subaracnoideos.

La cantidad media de liquido es de uno ó dos litros pudiendo llegar en casos extremos hasta ser de ocho ó diez.

El liquido está algo turbio á consecuencia de que existen en él leucocitos y células epitélicas; su color es cetrino ó de ambar y á veces rosado. Su densidad mayor que la del agua. Tiene fosfatos y cloruros y una pequeña cantidad de albumina, inapreciable por los reactivos ordinarios, tales como los acidos y al calor, pero mas considerable, sin embargo, que la que contiene el liquido cefálo-raquideo normal.

En resumen: Este liquido no presenta en modo alguno los caracteres de un liquido inflamatorio:

El liquido acumulado en exceso en la cavidad craneana, ejerciendo presión de dentro á fuera, origina ^{la} separación de los huesos del craneo, ensanchando mucho las suturas y adelgazandose al mismo tiempo los huesos, llegando á ser veces, su espesor tan poco considerable, que las paredes del craneo, perdiendo su consistencia osea, dan al tacto una sensación de membrana. A consecuencia de esto puede suceder que desgastandose los huesos en ciertos sitios, se produzca de un modo insensible la perforación de sus paredes y la formación de bolsas externas que reciben el nombre de encefalocelles.

El aspecto del feto hidrocefalico es caracteristico: los huesos frontales desviados á cada lado de la linea media y rechaza-

dos hacia adelante , dominan la cara , que es proporcionalmente muy pequeña . La bóveda craneana está ensanchada y es voluminosa; la fontanela anterior es muy extensa á consecuencia de la separación de los frontales y parietales y las suturas, en especial la sagital, están muy ensanchadas.

Frecuencia.

Lachappelle en 43,555 partos observados en la maternidad de Paris no dá cuenta más que de 15 casos de hidrocefalia verdadera.

En 4,666 observados en el Hospital Guy de Londres de 1833 á 1840, Lever, no encontró si no un solo caso de hidrocefalia.

Merriman, dá la proporción de 1 por 900. Ramsbotham, de Londres, 1 para 3,000 . Kücher, en la Maternidad de Viena no ha obser-

bado mas que tres casos en 12,000 partos .

Schuchar, en la Policlínica de Berlin , dá 16 casos en 12,000 partos. Charpentier 11 en 30,000.

Dando en general, una media de un parto distócico por hidrocefalia, por cada 2,000

Historia.

La hidrocefalia es pues relativamente rara. De ella no hacen referencia alguna, las obras de la antigüedad, ni los escritos de los célebres tocólogos de los siglos XVI y XVII. . Paré, Guillemeau, Mauriceau, Levret.

Con De la Motte comienza la historia de la hidrocefalia. En 1721 publica dos observaciones de partos hidrocefálicos, uno en presentación cefálica y el otro en presentación de nalgas.

Smellie, en 1752 publica la primera observación bien recogida, que despues de haber establecido el diagnóstico "hizo una abertura en la cabeza, empujando la punta de sus tijeras á traves de los tegumentos; inmediatamente salieron las aguas á chorro y en cantidad de tres pintas; vaciada asi la cabeza fué extraida á la vagina" .

En 1762 Nauman, publica varias observaciones en su obra "De partu difficili ex hydropic fetus"

En 1827 Dugès lee en ^{la} Academia Real de Medicina una memoria sobre los "Obstaculos que opone al parto la mala conformación del feto"

En 1848 Van Huevel, tocólogo belga, publica la primera observación de punción raquidiana en el caso de cabeza hidrocéfala retenida la última.

Desde está época los trabajos mas completos sobre este a-

sunto son los de Chassinat (1864), Cuvrie (1869), Poulet y Alfr Herrgott (1878).

Etiología.

La etiología de la hidrocefalia congénita es sumamente obscura. Algunas enfermedades del encéfalo durante la vida intra-uterina pueden producir la hidrocefalia. Se han averiguado algunos casos en que existía sífilis paterna ó materna, cretinismo ó consanguinidad .

La hidropesía del amnios , que consiste á veces con la hidrocefalia, se puede tomar como causa ó como efecto de este vicio de conformacion .

Diagnóstico

Para el diagnóstico de la hidrocefalia fetal distinguire-

mos dos casos . Diagnostico durante el embarazo y diagnóstico durante el trabajo del parto. En cada uno de ellos estudiaremos los signos particulares siguiendo el orden en que se presentan durante el examen médico.

1°. Diagnóstico durante el embarazo

Interrogatorio - El interrogatorio no dá signo alguno que pueda ponernos en vías del diagnostico, unicamente cuando la mujer ha tenido algun hijo hidrocefalo, es de temer que esta causa de distocia para el embarazo presente.

Inspección . - El edema sub-pubiano, las varices, ora sean de los miembros inferiores, ora de los organos genitales externos, son frecuentes en los casos de hidrocefalia , siendo debidas á obstáculos á la circulación de retorno, y se presentan cada vez que hay compresión sobre las partes blandas, sea por una cabeza fetal encajada, sea por un utero distendido, como puede suceder en caso

de hidramnios, embarazo gemelar, etc. etc. Estos signos no son pues particulares á la hidrocefalia.

Palpación. - Por la palpación se podrá facilmente formar concepto del enorme volumen del utero. Muy frecuentemente el médico en delimitando un utero muy voluminoso, pensará algun embarazo gemelar; pero esta hipótesis, fácilmente reconocida falsa, hará pensar, sino hay hidamnios, en algun niño voluminoso ó en alguna deformidad fetal .

El hidramnios acompaña frecuentemente a la hidrocefalia, pero esta es una complicación sencilla de muchos embarazos, que sirviendo de obstáculo á la palpación abdominal, es mas nociva que útil para el diagnóstico.

Delimitado el utero, el tocólogo tratara de asegurarse si la excavacion pelviana se halla vacia, ó bien llena por un tumor irregular, poco resistente; serian las nalgas, pues la cabeza hidroce-

fala seria en efecto muy voluminosa para encajarse antes del trabajo. Entonces se buscará hacia el fondo del utero y se hallará un tumor voluminoso, pero muy distinto de la cabeza fetal que tratábamos de encontrar .

El Doctor Varnier describe las sensaciones halladas por la palpación de una cabeza hidrocefala y dice: "En practicando la palpación metódica en ^{el} transcurso del último mes de la gestación ó al comienzo del trabajo, nosotros sentiremos por encima del pubis un tumor duro, redondo, muy voluminoso, ligeramente movable de un lado a otro, desbordando considerablemente el plano de la sínfisis y determinando una hinchazón hipogástrica perfectamente enorme. Despues de hacer constar la presencia de este primer tumor, reconocereis al fondo de la cavidad uterina la otra extremidad del ovoide fetal, las nalgas. Para asegurarse de que esto es así , buscar deprimiendo ~~la~~ pared abdominal, el plano resistente y

continuo de la espalda, que se continua sin linea de demarcación, sin surco, con el polo pelviano.

Volved al examen de la cabeza que os ha parecido voluminoso y desbordante, más ó menos resistente según que los huesos del craneo esten más ó menos osificados . La desproporción os hará más impresión considerando que acabais de explorar las nalgas. Vuestras suposiciones crecen pero no es todavia la certidumbre y esta es precisa. Para esto es necesario medir la cabeza á traves de la pared abdominal. No es menester, en efecto que la cabeza sea hidrocefala para dar la sensación voluminosa y desbordante . Un exceso de volumen fisiologico podría engañaros. He visto en 1887 en Lariboisier, una secundipara ~~xxxxxx~~ en la cual la cabeza ^á daba la palpación una sensación tal, que á un primer examen se pensaba en la hidrocefalia. La cabeza medida varias veces nos daba como cifras medias 14 ó 15 centímetros. Se cree una hidroce-

falia. Luego, la mujer pare espontaneamente un niño de tres mil novecientos gramos; no hidrocefalo, cuyos diametros cefálicos eran los siguientes:

O. M.	15 c/m.	Bi. P	10 $\frac{1}{2}$ c/m.
O. F.	13 id	Bi. T	9 c/m.
Sr	OBr 11 id		

Es preciso pues, para hacer afirmaciones cifras notablemente superiores á 14 y 15 c/m."

Si la presentación es de nalgas, el peligro de tomar una cabeza normal colocada en el fondo del utero por una cabeza hidrocefala es todavia mayor, debido al gran espesor de la capa de tejido *ad*iposo subcutaneo y de la pared uterina.

En su tratado de palpación el profesor Pinard designa del siguiente modo esta causa de error:

"Cuando la cabeza teniendo un volumen normal esta bien mo-

vible y superficial en el fondo del útero dá á las manos que la exploran la sensación y la idea de un cuerpo de un volumen exagerado. Frecuentemente es necesario atraer la cabeza al nivel del estrecho superior donde la exploración y la apreciación son mucho más fáciles y permiten conocer, tan exactamente como es posible, la verdad."

Los huesos del craneo muy adelgazados, pueden dar á la mano que palpa la sensación de crepitación de pergamino.

La medición por la vía abdominal tal como la indica Tarnier, nos dá el medio mas práctico y más fiel para evaluar exactamente las dimensiones de la cabeza fetal. Tarnier se sirve simplemente del compas de **Bandelocque**. Este instrumento ha sufrido diversas modificaciones que tienden á perfeccionarle. El Doctor Perret ha presentado en 1898 á la Sociedad de Obstetricia de Paris un nuevo cefalometro. Este compas entre otras particularidades, tiene sus ramas en

terminadas por láminas que se deslizan entre los dedos en lugar de las olivas del compás de Bandelocque.

Todos los obstáculos á la palpación, tales como el hidramnios ó un tejido *adiposo* considerable pueden hacer difícil la cefalometria.

Para servirse del cefalometro se hace un pliego en la pared abdominal y se mide su espesor. La cabeza fetal estando lo mas frecuentemente trnasversa, es fácil por la palpación determinar la frente y el occipucio. Haciendoles ejecutar algunos movimientos de lateralidad se determina su posición exacta . Aplicando entonces el cefalometro, la separación de sus ramas nos dará entonces el diámetro *occipito - frontal*. El Doctor Perret ha demostrado en su tesis inaugural, que á partir del 7° mes de la vida intrauterina la diferencia entre los diámetros O. F. y Bi P es casi constantemente de 25 milímetros. Perret, en 15 casos donde ha he-

cho uso de su cefalometro y ratificados despues del alumbramiento, no hallo error en 7 casos, un error de dos milímetros en tres casos y de un milímetro en los cinco casos restantes. Es verdad que la relación entre estos dos diámetros cefalicos no puede ser la misma en casos de hidrocefalia, pero aun admitiendo un error de un centímetro, el cefalometro puede hacer todavia diagnosticar un aumento de vólumen de la cabeza fetal suficiente para ser causa de distocia real .

Auscultación. En 1845 Blot hace notar la altura habitual del foco de auscultación en el caso de presentación cefaliva de un hidrocefalo puesto que viene á caer á nivel por debajo del ombligo. Según Ribemont Desaignes, el corazón de un feto bien conformado se halla á igual distancia de los dos polos, cefalico y pelviano; en consecuencia, si una cabeza hidrocefala se presenta en el estrecho superior los ruidos del corazón se apreciaran mas cerca

de las nalgas que de la cabeza, es decir, muy elevado como indica Blot . Por otra parte se hace notar con razón, que en una pelvis normal el signo de Blot puede existir sin hidrocefalia como por ejemplo en la inserción viciosa de la placenta.

Este signo es pues un medio de confirmar los datos suministrados por la palpación, pero él solo no es suficiente para hacer creer en la hidrocefalia.

Tacto. - Durante el embarazo el tacto no puede dar ninguna indicación en el caso de presentación de nalgas.

En el caso de presentación cefálica la cabeza se halla muy elevada para permitir un tacto útil. Por el tacto y la palpación combinadas podremos apreciar el aumento de volumen de la cabeza y su consistencia de una blandura elástica particular que nos podrá corroborar el diagnóstico .

DIAGNOSTICO DURANTE EL TRABAJO.

Interrogatorio. - Cuando una mujer ha parido normalmente varias veces y presenta un trabajo difícil es preciso pensar en la hidrocefalia. En efecto, descartadas las causas de distocia de origen maternal, hay que pensar en las de origen fetal y entre estas figura en primera línea la hidrocefalia.

Inspección.) El Volumen exagerado del útero, sobre todo después de la rotura de la bolsa de las aguas, puede ya llamar la atención del tocólogo. Si los miembros inferiores y el tronco han sido expulsados, la vista de una deformidad en los pies, de una espina bifida ó de otra deformidad cualquiera podrá hacernos pensar en la hidrocefalia. El profesor Budin hizo una vez el diagnóstico comprobando el aumento de volumen de una espina bifida durante las contracciones uterinas .

Palpación. - En caso de presentación cefálica la palpación nos dará las mismas indicaciones durante el trabajo que durante el embarazo. Solamente podremos hacer constar la ausencia de contracciones uterinas al nivel del tumor cefálico.

En caso de presentación de nalgas, la palpación nos dará un volumen exagerado del vientre, aun despues de la salida de los miembros inferiores y del tronco. En el intervalo de las contracciones uterinas se podrá asir entre las manos una masa única mas ó menos y regularmente esférica y de una consistencia semejante á una vejiga llena de agua.

La palpación puede hacerse muy difícil por la tetanización del utero.

Tacto. - El tacto nos proporcionara el mejor medio para el diagnóstico de la hidrocefalia durante el trabajo, dandonos preciosas indicaciones. La elevación de la cabeza detenida en el

estrecho superior hace el tacto digital inutil, teniendo que recurrir al tacto manual. Este no debe ser practicado, siempre que sea posible, sino mediante la anestesia cloroformica .

En el caso de presentación cefalica, cuando la dilatación del cuello uterino sea poco avanzada no se obtendrá sino vagos resultados. Despues de la rotura de la bolsa de las aguas, cuando la dilatación sea suficiente, los dedos se encontrarán una especie de tumor liquido, tratando de salir á traves del orificio úterino, pero este tumor puede ser tomado por una segunda bolsa de las aguas ó simplemente por una bolsa sero-sanguineo; este error ha sido cometido en mas de un caso. Se aconseja entonces deprimir fuertemente este tumor para poder apreciar la superficie craneana; pero esto no siempre es fácil, á traves de una bolsa de las aguas ó de una bolsa sero-sanguinea, es dificil darse cuenta del estado de las suturas y de los huesos del craneo.

Cuando la dilatación es completa, las aguas rotas, puede hacerse el tacto manual y apreciar lo que se considera como signo pagtonomónico de la hidrocefalia, esto es, la anchura de las suturas y fontanelas y la blandura de los huesos del craneo. La mano que explora apreciará el aumento de volumen de la cabeza, apreciara el poco espesor de los huesos y esa consistencia particular que se llama crepitación de pergamino .

En la presentación de nalgas el tacto no puede dar indicación útil mientras tanto el tronco y los miembros inferiores no sean expulsados.

PRONOSTICO

El pronóstico del parto en el caso de hidrocefalia fetal es muy variable ya con relación á la madre ya con relación al fruto de la concepción; para este el pronóstico siempre gravísimo, pues sucumbe en la mayoría de los casos ó es sacrificado en el curso del trabajo. Cuando nace vivo muere generalmente á las pocas horas ó á los pocos dias de haber nacido;

Si el hidrocefalo vive mas de un año suele presentar todos los sintomas de la idiotez.

Con relación á la madre el pronóstico varia mucho, según que el diagnóstico haya sido hecho ó no, en tiempo oportuno.

Cuando el parto es espontaneo y la mujer se halla abandonada á los solos recursos de la naturaleza, la mortalidad es grande y solo el parto puede terminar dichosamente cuando el feto hallase

macerado. Otras veces siendo la cabeza hidrocefala como una vejiga llena de agua, bajo las contracciones úterinas el liquido cefalo-raquideo puede trasudar á traves de las paredes del craneo ó bien puede efectuarse la evacuación por algunos de los conductos naturales que tan intima relación tienen con el cerebro, como las fosas nasales ó los conductos auditivos y entonces la cabeza encajandose, puede ser expulsada rapidamente. Pero esta favorable evolución no se hace sin fatigar mucho la mujer y exponerla á serias contingencias siendo frecuente la rotura del útero seguida de la muerte de la madre .

Veamos el siguiente cuadro que de este caso nos pinta Naumann, dice:

"Por consecuencia del largo trabajo, las fuerzas de la mujer se quebrantan; la compresión de las partes blandas y de los

nervios por la cabeza hidrocefala, produce la parálisis de los miembros inferiores, convulsiones generales, accesos epileptiformes, lipotimias. De las presiones ejercidas sobre las partes blandas y sus vasos resultan contusiones, equimosis é inflamaciones frecuentemente funestas. El orificio del útero es desgarrado, algunas veces el útero mismo, la vagina y seguramente el periné.

De una compresión largo tiempo continuada, resulta un relajamiento de los esfínteres, sea de la vejiga, sea del recto y entonces la desgraciada madre se vé victima de la mas desagradable enfermedad por la salida involuntaria de las orinas y de las materias fecales; enfermedad que resiste frecuentemente á todos los remedios. En una palabra, son tales los accidentes que pueden acompañar á este parto, cuando es abandonado á los solos recursos de la naturaleza, que su doloroso recuerdo conservará siempre en el alma aquel que haya tenido necesidad de presenciarlos".

La intervención médica, sin haber hecho diagnóstico previo, dá también una mortalidad exagerada, pues las diferentes maniobras tales como versiones, tracciones, aplicaciones de forceps, no producen el resultado apetecido y si causan frecuentemente graves daños, siendo bastante frecuente la rotura del útero.

Cuando se ha hecho el diagnóstico previo, la mortalidad materna puede considerarse nula, pues con la aplicación de los medios que expondremos á continuación al tratar del tratamiento, la cabeza hidrocefala, vaciada del líquido que contiene, se encajará perfectamente y el parto terminara satisfactoriamente.

TRATAMIENTO.

Durante el embarazo.

En el caso excepcional en el cual la mujer haya parido varios hijos hidrocefalos, ¿es preciso, como lo ha practicado Simpson con éxito, provocar el parto prematuro? - Para responder á esta cuestion nos sería necesario conocer las causas de la hidrocefalia, pero desgraciadamente no tenemos ningun dato positivo de la etiologia y patogenia de esta afección, é ignorando si el nuevo fruto de la concepción será ó no hidrocefalo ¿como nos vamos á decidir á provocar el parto prematuré que arrancaria quizá la existencia á un ser digno de ella? - Esto no sería licito ni posible y siempre, aun cuando sospechemos de hidrocefalia, debemos esperar el término natural del parto.

DURANTE EL TRABAJO.

No hay mas que un tratamiento racional, reducir el volumen de la cabeza fetal, pero el modo de operar varia con la presentación

Presentacion de vértice . - Se aconseja transformar la presentación de Vértice en presentación de nalgas, pero en un útero contraído y muy distendido la versión es peligrosa; muchas veces ha sido causa de una rotura uterina mortal. Ademas no dá siempre grandes resultados; cuando la cabeza hidrocefala queda la última detenida en el estrecho superior nos hallamos ante las mismas dificultades que antes de la versión.

Schreder preconiza la punción capilar del craneo y con el objeto de hacer una buena presa para las tracciones, aconseja hacer seguidamente la versión. En su tesis inaugural el profesos Budin dá cuenta de un caso de rotura de uterina mortal, consecutiva

á una versión precedida de la punción del craneo. No nos parece esto racional, pues es hacer correr un peligro mortal á la madre para salvar la vida problemática de un niño, que por otra parte está condenado á una muerte cierta, pues no se conoce un solo ejemplo autentico de un niño hidrocefalo que haya sobrevivido, cuando la hidrocefalia era suficiente para ser considerada como cauda real de distocia.

En el caso de presentación de vértice, cuando se ha reconocido la hidrocefalia fetal y desde el momento en que la dilatación del orificio uterino lo permite, es preciso puncionar el craneo con objeto de dar salida al liquido cefalo-raquídeo. Para practicar esta puncion podemos servirnos de las tijeras de Smellie ó de Blot ó del perforador del basiotribo de Tarnier. Hecha la punción, el liquido sale, la cabeza se reduce por si misma si se halla poco osificada y es expulsada sin otra intervenció n . Si la

osificación de la cabeza está muy avanzada para permitir esta evolución se practicará la basiotripicia.

Presentación de nalgas. Cuando la cabeza sea detenida la última en el estrecho superior, no se harán vanas y peligrosas tracciones sobre el tronco, sino que desde el primer momento recurriremos á la siguiente operación practicada por primera vez por el tocólogo belga Van Huevel. Esta consiste en seccionar la columna dorsal y dár salida al líquido por esta vía. Se hunde la hoja de un bisturi á cada lado de la columna vertebral en dos espacios intercostales correspondientes, y por esta doble brecha se introducen profundamente las ramas de unas tijeras, seccionando de un solo golpe la columna vertebral. De este modo se pone á descubierto el conducto raquidiano, la parte del tronco subyacente á la sección se aplasta, se introduce entonces en el conducto raquideo una sonda de goma provista de un mandril ó una sonda metáli-

ca que se empuja hasta que llega á la cavidad craneana; entonces sale al exterior un chorro de líquido cefalo-raquídeo, se vacía la cabeza y no tarda en ser arrastrada hacia á fuera por el peso del cuerpo.

Presentación del tronco . - Hecho el diagnóstico de la hidrocefalia se puede tratar de hacer la versión extrayendo los miembros inferiores y el tronco y practicando seguidamente la operación de Van Huevel; pero siempre será preferible practicar la embriotomía cervical ó raquídiana , por cuanto si la versión es peligrosa en caso de presentación cefálica tanto más lo será cuanto á la causa de distocia se une una presentación viciosa.

OBSERVACIÓN

Durante los cuatro años que llevé ejerciendo como médico titular en la Villa de Guzman (Burgos) tuve ocasión de presenciar un caso de hidrocefalia.

En el mes de Noviembre del año de 1903 y visitando en el anejo Villaescusa de Roa, fui llamado á reconocer á una mujer de 35 años casada y multipara, habiendo tenido dos embarazos normales y con los frutos de la concepción completamente sanos.

Actualmente se hallaba en el último mes de su tercer embarazo, quejabase de su volumen exagerado del vientre con relación á los embarazos anteriores y de no sentir los movimientos del feto desde hacia unos días, por lo que temia estuviese muerto.

Procedí á su reconocimiento y lo primero que llamó mi atención fué el volumen exagerado del vientre y el edema de los miem-

bros inferiores , acompañado de grandes varices. El fondo de la matriz hallabase por encima del ombligo y próximo al apéndice xifoides; á la palpación se notaba esa sensación característica del hidramnios y era tal la tensión de las paredes abdominal y uterina que hacía imposible el determinar y limitar parte alguna fetal . Procedí seguidamente á la auscultación y no logré oír los ruidos del corazón fetal. Siendome imposible fijar la presentación y posición del feto, me marche solamente con la persuasión de que se trataba de un hidramnius con feto muerto.

A los pocos dia fuí llamado por habersele presentado ya los dolores de parto y cuando llegué, habiase ya roto la bolsa de las aguas, habiendoseme dicho que habia sido muy exagerada la cantidad de liquido amniótico que habia salido, lo que venia á corroborar el hidramnios en el que habia pensado y que era el obstáculo que se oponia á la palpación.

Los dolores eran regulares pero muy intensos; Hecho el tacto digital no logré hallar parte alguna fetal y solo si en el momento de las contracciones una superficie tensa como si fuese una segunda bolsa de las aguas.

Previa algunas inhalaciones de cloroformo para conseguir el periodo de analgesia, procedí al tacto manual, logrando entonces diagnosticar la presentación que era de vértice y la posición que era occipito-iliaca izquierda *anterior*, notandose unas fontanelas *muy* grandes y unas suturas sumamente anchas *xxxxxx*
xxxxxxx limitadas por bordes oseos y dentellados. Con estos detalles no nos fué dificil diagnosticar tambien la lesión patológica del feto que era una hidrocefalia.

Hecho el diagnóstico me decidí á llenar la indicación que en estos casos se aconseja, esto es, la punción del craneo y no te-

niendo á mano el instrumental necesario me valí del perfora-
craneos del forceps de Levret , único de que disponia, y con
el conseguí dar salida al liquido cefalo-raquideo , terminan-
dose luego el parto natural y normalmente.

Por temor á alguna infección puerperal procedí seguida-
mente á una irrigación intra-uterina con la sonda de Doleri,
con solución débil de bicloruro de Mercurio al 1 por 6,000
y á la temperatura de unos 45 grados centígrados.

El puerperio casi normal pues solo en los primeros dias
se presentó alguna fiebre que cedió ante las irrigaciones anti-
septicas.

CONCLUSIONES.

Primera. - La hidrocefalia fetal es una causa de distocia sumamente rara , puesto que por término medio solo se presenta una por cada dos mil partos

Segunda. - La hidrocefalia fetal es una causa grave de distocia .

Tercera. - El diagnóstico de la hidrocefalia fetal puede hacerse frecuentemente durante el embarazo por la palpación abdominal .

Durante el trabajo es siempre posible reconocerla, sea por la palpación abdominal, sea por el tacto manual , ó bien sea por la palpación y el tacto combinados .

Cuarta. - El pronóstico para el niño es siempre fatal puesto que si no sucumbe en el claustro materno, sucumbe durante el trabajo.

Quinta. - El pronóstico para la madre es muy grave cuando la hidrocefalia es desconocida,

Hecho el diagnóstico previo, el pronóstico es relativamente benigno.

Sexta. - Hecho el diagnóstico es preciso llegado el momento de intervenir practicar la punción cefálica, la basitripicia, la operación de Van Huever ó la embriotomia raquidiana según los casos y las variedades de presentación.

*Admisible
visto y firmado*



*Admisible
J. J. Robins*

Carlos Iglesias y Navarro

Admisible

Responde

Verifiqué el ejercicio el día 20 de
Julio de 1405 y fué calificado de
aprobado

El querido
Don Rodrigo
López de
Sotomayor

Don Rodrigo
López de Sotomayor

Arturo de Sotomayor

A. Alonso Sotomayor

El recetó
M. M. Arquer