

RÉSUMÉ

Poussés par la facilité avec laquelle les races microbiennes utilisées dans la pratique des sérum-diagnostic subissent la mutation antigénique, en vertu de laquelle elles sont inutilisables pour la pratique de ces réactions, l'auteur a trouvé (et ceci il l'a publié en juin 1941), que la conservation indéfinie de gouttes desséchées sur des lames de ces suspensions bactériennes dans de bonnes conditions antigéniques, n'altéraient pas les conditions de sensibilité et de spécificité de telles bactéries pour réagir ostensiblement en face des agglutinines du sérum. Ce fait permet d'utiliser ces suspensions desséchées d'Eberth, Paratyphiques, Brucellas et Proteus, aussi bien pour contrôler en face d'un même sérum, le comportement antigénique de n'importe quelle suspension de comportement douteux, que, dans les mains d'un médecin expérimenté, pour servir de méthode sérum-diagnostique d'orientation, pratiquement au chevet du malade. La simplicité de la réaction et la conservation pendant très longtemps, des conditions des bactéries, permettent son utilisation même dans les moyens les plus éloignés du confort technique du laboratoire.

L'auteur expose sa méthode de préparation des lames et l'impression produite par son expérience au cours de plus de deux ans, conjointement avec celle d'un grand nombre de médecins espagnols qui ont essayé le procédé.

ENSAYO CRÍTICO SOBRE LA NOMENCLATURA DE LAS PRESENTACIONES Y POSICIONES FETALES (*)

C. LORCA JÁMAR

(Ex Profesor Auxiliar de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Madrid)

Es indudable que no se ha llegado a una inteligencia perfecta en cuanto a la nomenclatura de la estática fetal, y por este motivo quizás no exista ninguna obra obstétrica en la que no figuren diversos errores, más o menos importantes, en el orden terminológico.

Desde los acuerdos fijados en el 9.º Congreso Internacional de Washington, hace 56 años, parece ser que no ha vuelto a tratarse la cuestión referente a la colocación y orientación del feto; sin embargo, el tiempo transcurrido ha permitido la aparición de nuevas observaciones que impugnan ciertos conceptos clásicos aceptados como inmutables.

La lectura de algunas obras de Obstetricia recientemente publicadas en España, tanto las de autor

(*) Las bases fundamentales de este trabajo fueron expuestas, con el mismo título, en una comunicación a la Academia Médico Quirúrgica (sesión del 31 de mayo de 1943).

español como las versiones a nuestro idioma de aquellas otras de extranjera paternidad, nos ha mostrado un elevado confusionismo ideológico, con el natural inconveniente en cuanto a una incorrecta comprensión, tanto para el estudiante que inicia su formación como para el lector docto que aspira a ampliar los propios conocimientos. Éste es, pues, el motivo que nos induce a hacer públicos hoy ciertos estudios realizados desde hace algunos años y que sólo relativamente se mantuvieron inéditos, puesto que nuestro concepto sobre estas cuestiones ya tuvimos ocasión de exponerlo a los alumnos de la Facultad de Medicina de Madrid durante nuestra pasada época activa de Profesor auxiliar de la Cátedra.

En las postrimerías del embarazo, el producto de la concepción queda colocado en el claustro materno, según la conocida ley de PAJOT, para conseguir después, llegado el momento del parto, determinada postura y orientación con el fin de obtener gradualmente su total irrupción al exterior.

El equilibrio fetal, como asimismo las relaciones estáticas maternofetales, se expresan con distintos vocablos de significación ideológica muy semejante, pero que han sido claramente individualizados para mejor expresión de los antedichos fenómenos. Aquejlos vocablos, sobradamente conocidos, son: *actitud*, *situación*, *presentación* y *posición*. En este mismo orden vamos a analizarlos.

ACTITUD (*habitus*), es la relación que observan entre sí las diferentes partes o segmentos del feto. El concepto primitivo respecto a la actitud intrauterina del feto fué reflejado por vez primera en un manuscrito del siglo XIII de la obra de MOSCHION (*), estudiado e impreso por ROSE en 1882. En dicha obra figuraron 15 dibujos que, según HERRGOTT, traductor francés del historiador SIEBOLD¹, constituyeron la primitiva iconografía obstétrica. Tanto en esas imágenes como en las que tres siglos después imitaba ROESSLIN (**) en su libro — con la natural aplicación de los progresos logrados en el arte del dibujo, — el feto quedaba representado ocupando una amplísima cavidad uterina que le permitía adoptar las más exageradas posturas, incluso con la completa extensión y abducción en tronco y miembros, respectivamente. Posteriormente se imaginó la actitud de manera más real, y de este modo pasamos a los dibujos de los siglos XVIII (NAVAS)² y XIX, en los que el feto queda interpretado como un verdadero ovillo fuertemente apelotonado, concepción, por otra parte, aun observable en muchas iconografías contemporáneas.

A la exploración radiográfica perfeccionada (WARNEKROS) debemos el actual y verdadero concepto de la actitud que el feto adopta en la embarazada viva. Además, resultan prometedoras las recientes experiencias de los japoneses UTZUKI y HASHIDZUME³, y, posteriormente, del alemán ERBSLÖH⁴, basadas en la inyección intraamniótica de un aceite

(*) MOSCHION, imitador o discípulo de SORANO DE EFESO, fué contemporáneo del emperador Adriano (117-138).

(**) EUCARIO ROESSLIN, médico de la ciudad renana de Worms, publicó su libro en 1513 con el título *El jardín de rosas de las embarazadas y de las comadronas*, dedicándolo a la princesa Catalina de Sajonia.

yodado que se reparte selectivamente por la superficie del cuerpo fetal, siendo así obtenidas clarísimas imágenes radiográficas, si bien con el inconveniente de no haberse ensayado más que en embarazadas portadoras de un feto muerto.

El fruto intrauterino reduce a la mitad su longitud total; antes del encajamiento del polo presentado, tanto las cuatro extremidades como la misma cabeza adoptan un grado intermedio entre la flexión y la extensión límites, produciendo en el observa-

La POSICIÓN (*positio*) u orientación del feto, es definida por la coincidencia de determinadas zonas o puntos de referencia que convencionalmente fijamos en el feto con respecto a otros análogos que consideramos en el reservorio materno o en su conducto de salida.

Las predichas definiciones, no obstante ser sobradamente conocidas por todos, resultan frecuentemente tergiversadas. Así, en cualquier publicación o tratado, español por ejemplo, podemos leer "posición cefálica", "posición de vértice", en lugar de presentación cefálica o de vértice; "presentación transversal" en lugar de situación transversal. En ciertas obras obstétricas modernas de autores franceses o angloamericanos no se tiene en cuenta el término "situación", pero es sin duda en los textos alemanes en donde más abunda la incorrección terminológica; aquí se distinguen los conocidos fenómenos estáticos con los siguientes vocablos (MARTIUS)⁵: *Haltung* (actitud), *Lage* (situación) y *Einstellung* (presentación, posición); aparte el defecto correspondiente al empleo de una sola palabra englobando las latinas *præsentatio* y *positio*, existe como vicio de dicción — el mismo MARTIUS así lo reconoce — el abusivo ejemplo de *Lage*, cuya equivalencia latina es *situs*; por ejemplo, con la designación correcta de *Laengslage* es utilizada la menos correcta de *Kopflage*, y la más viciosa de *linke vordere Lage*. La traducción literal de estas tres expresiones sería: "situación longitudinal", "situación (!) cefálica" y "situación (!) izquierda-anterior", mientras que el significado apropiado y literario es el de "situación longitudinal", "presentación cefálica" y "posición izquierda-anterior".

Como más adelante diremos al hablar de la nomenclatura de las *posiciones de la parte presentada*, llega a ser suficiente la simple lectura de unas iniciales, como por ejemplo O. I. I. A. (occipito-ilíaca-izquierda-anterior) para que inmediatamente imaginemos la *situación* (longitudinal), la *presentación* genérica (cefálica) y su variedad, condicionada por la *actitud* de la cabeza (presentación de vértice); y por último, la *posición* fetal, muy exacta en este caso por emplear la nomenclatura del casquete fetal presentado — y no la de la región dorsal del tronco — que nos expresa la correspondencia o contacto entre la región occipital del feto y el cuadrante ilíaco anteroizquierdo de la pelvis materna.

Sin embargo, y aun cuando no posean la precisión, como se acaba de ver, inherente al concepto de la *posición*, hemos de procurar, en evitación de confusiones, que la idea significativa de los restantes vocablos, actitud, situación y presentación, sea seguida con la mayor fidelidad.

Pasemos a ocuparnos ahora de la nomenclatura correspondiente a las variedades de presentación en cada uno de los grandes grupos citados (presentación cefálica, pelviana y de hombro).

CLASIFICACIÓN Y TERMINOLOGÍA DE LAS PRESENTACIONES CEFÁLICAS. — Las distintas variedades de pr. cefálica dependen estrechamente de la diferente actitud que la cabeza adopte. Entre la flexión (descenso del mentón) y la extensión (descenso de



Fig. 1. — Situación longitudinal, presentación pelviana
Actitud: muslos flexionados y piernas en extensión. *Presentación de naigas*. (Pr. pelviana incompleta.) (Según una radiografía personal.)

dor de la placa radiográfica la impresión de que el espacio claustral posee suficiente holgura para que el feto habite cómodamente (fig. 1).

La SITUACIÓN (*situs*) expresa el modo de correlacionarse el eje mayor del feto y el del útero. Cuando las direcciones de ambos ejes coinciden decimos que la situación es *longitudinal*, y cuando se cruzan resultan originadas las situaciones *transversales* y *oblicuas*.

Con el término PRESENTACIÓN (*præsentatio*) se distingue aquella porción fetal que se aproxima y entra en contacto con el estrecho superior. Comprendemos tres grupos principales de presentación, los cuales se hallan condicionados por las distintas situaciones tomadas por el feto: presentaciones cefálica, pelviana y de hombro. Las dos primeras corresponden a la situación longitudinal, y la tercera a la transversa. A propósito de la última hemos de tener en cuenta que posee carácter eventual, en primer lugar porque hasta que no se inicia el parto es lo más frecuente que el feto no presente parte alguna, y aun llegado aquél no todas las situaciones transversales terminan enfrentando el hombro con el estrecho superior.

la nuca) en sus grados máximos, incluimos otras etapas intermedias de actitud, oponiendo la cabeza, en todas ellas, un determinado plano a la horizontal (figs. 2, 3, 4, 5 y 6).



Fig. 2. — Presentación de vértece, variedad lambdática u occipital.

Actitud cefálica: flexión forzada. *Plano oponible*: el suboccipitobregmático. *Punto de guía o denominador (parte conductora)*: fontanela menor u occipital.



Fig. 3. — Presentación de vértece, variedad sincipital.

Actitud cefálica en flexión moderada. *Plano oponible*: suboccipitofrontal. *Punto de guía o denominador (parte conductora)*: sincipicio o vértez.

Las imágenes estáticas de la cabeza, en número de cinco, son generalmente admitidas, existiendo la poco importante discrepancia en cuanto a la designación terminológica de cada actitud. Nosotros, siguiendo a FABRE⁶, distinguimos: dos actitudes de flexión, otras dos de deflexión y una intermedia. No estamos de acuerdo con los sobrenombres de "act. militar", "act. indiferente", aplicados por muchos autores a nuestro tipo 2 (flex. moderada). Por otra parte, en cierta obra obstétrica hallamos hasta ocho grados distintos de actitud cefálica, de singular y confusa designación; así, al lado de la "hiperflexión" e "hiperdeflexión", leemos: una "actitud indiferente" y otras calificadas con adjetivos tan imprecisos como los siguientes: "moderada", "acentuada", "marcada" y "pronunciada".

Si suponemos la cabeza en contacto con la pelvis de modo que cualquiera de los cinco planos cefálicos quede opuesto al plano del estrecho superior, tendremos constituida la correspondiente variedad de pre-

sentación, la cual podemos definir diciendo que es el *casquete fetal comprendido por debajo del plano considerado*. Los planos cefálicos de adaptación a la pelvis materna toman ahora el nombre de *planos de contacto*.

En el centro, generalmente, de la región presentada distinguimos el *punto de guía o p. denominador* de la presentación — tomado sobre determinado detalle anatómico de la cabeza fetal — que coincide con la *parte conductora* de la misma porque a la vez representa el extremo más avanzado en el conducto obstétrico. Los puntos de guía califican sendas variedades de presentación y, al mismo tiempo, poseen la propiedad de poder ser tocados e identificados por el tacto

del dedo explorador. En la tabla de la página siguiente exponemos la terminología de las presentaciones cefálicas.

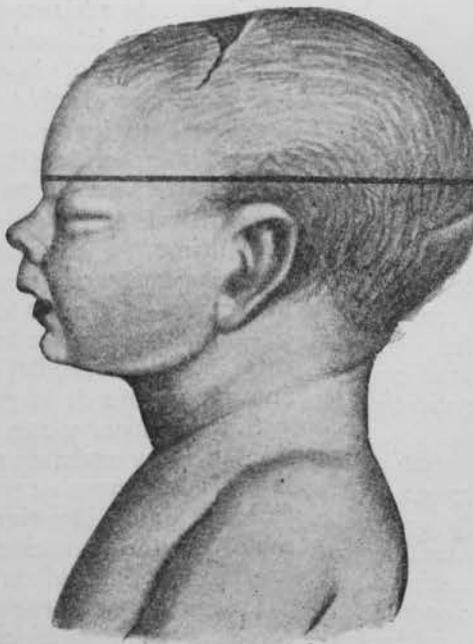


Fig. 4. — Presentación bregmática
Actitud intermedia. *Plano oponible*: frontoorbital. *Punto de guía o denominador (parte conductora)*: el bregma.

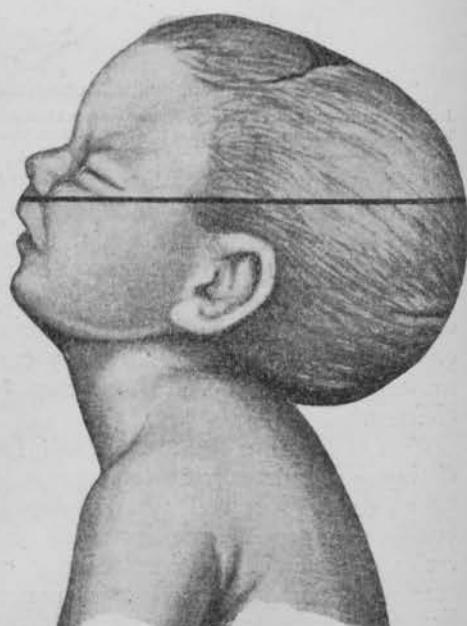


Fig. 5. — Presentación de frente
Actitud: deflexión moderada. *Plano oponible*: sincipitosubnasal. *Punto de guía o denominador (parte conductora)*: la frente.

Para justificar la elección de los términos antedichos, hemos de recordar ciertos detalles anatómicos de la cabeza fetal, especialmente los puntos craniométricos y las zonas o regiones cefálicas (fig. 7). El

PRESENTACIONES CEFÁLICAS

Actitud	Punto de guía o denominador. (Parte conductora)	Presentación
1. Flexión forzada.	Fontanela menor u occipital, Lambda	Lambdática Vértice, variedad occipital
2. Flexión moderada.	Sincipicio o vértice	Sincipital Vértice, variedad de sincipicio
3. Actitud intermedia.	Fontanela mayor o bregma	Bregmática
4. Deflexión moderada.	Frente	Frontal
5. Deflexión forzada.	Cara	Facial

vértice constituye "la parte más elevada de la cabeza", viniendo a estar situado a nivel de la sutura sagital, por consiguiente entre las fontanelas mayor y menor. Etimológicamente deriva del latín (*vertex, verticem*) y es sinónimo de ápice, punta o cúspide. Los franceses utilizan la palabra *sommet*, proveniente también del latín (*summum*, superlativo de *super*) y los alemanes el vocablo *Scheitel*.

En cuanto al *sincipicio* (de *semi*, medio, y *caput*, cabeza), parte media de la cabeza o mesocráneo, co-

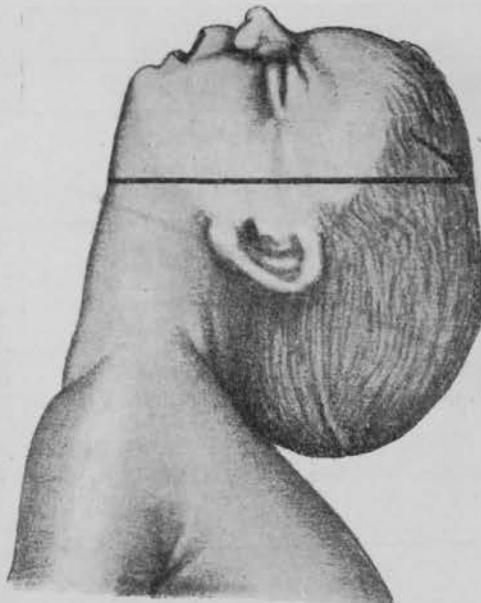


Fig. 6. — Presentación de cara
Actitud en deflexión forzada. Plano oponible: el hiobregmático. Punto de guía o denominador (parte conductora): la cara.

rrponde al vértice; sin embargo, los alemanes y angloamericanos (DE LEE)⁷ lo sitúan delante del bregma y lo confunden con las regiones que ellos designan, respectivamente, con los nombres de *Vörderhaupt* y *Forehead* (literalmente, "parte anterior de la cabeza" o "precráneo").

En la reciente publicación de SÁNCHEZ LÓPEZ⁸ hallamos algunos errores respecto a la localización de los puntos y regiones de la cabeza fetal. Así, vemos que los puntos *vertex* y *obelion* figuran con-

fundidos en el mismo lugar, olvidándose, al parecer, que el segundo de aquéllos tiene una situación más posterior y próxima a la fontanela menor que el vértice. Además, las regiones "sincipicio" y "mesocráneo" son separadas, ya que se coloca a la última por delante de la fontanela mayor, o sea en el lugar correspondiente, como antes hemos dicho, a las zonas *Forehead* y *Vörderhaupt*, cuyo significado literal sería el de "precráneo" y nunca el de "mesocráneo", como el citado autor propone. Y puesto que ya distingue las presentaciones occipital y sin-

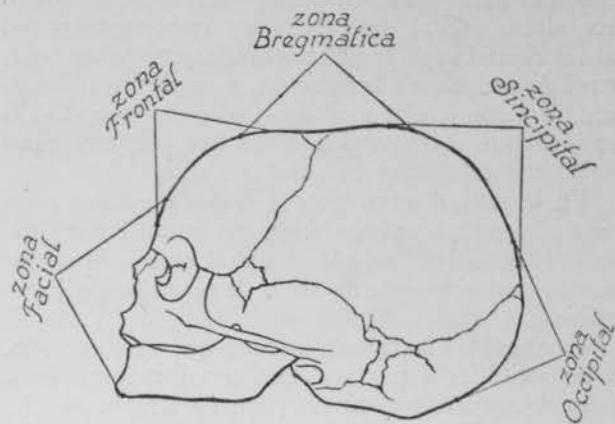


Fig. 7. — Las zonas o regiones cefálicas

cipital, resulta falsa la intención de separarlas con los vocablos sinónimos "vértice" y *vertex*, respectivamente.

Por la nomenclatura expuesta en nuestra tabla se comprende que no hemos querido destruir ciertos conceptos sin duda inapropiados, pero de profundas raíces en la terminología obstétrica de uso corriente. La presentación correspondiente a la actitud cefálica de flexión forzada es conocida como "presentación de vértice o de occipucio", cuando realmente ninguna de estas dos zonas ocupa el centro de aquélla; propiamente hablando, corresponde el término de "lambdática". En la actitud número 2 (flexión moderada) la designación de "presentación de sincipicio o vértice" es correcta. Ahora bien, no hemos querido establecer la rigurosa limitación en cuanto a la presentación de vértice, pues ello supondría conferir a una variedad muy infrecuente un término en extremo difundido, pero, desde luego, detentado por la actitud núm. 1 que es, como se sabe, la más frecuente entre todas las actitudes cefálicas. Por ello hemos propuesto nombrar las dos presentaciones referidas como "de vértice" y distinguimos una de otra añadiendo: "vértice, variedad sincipital" y "vértice, variedad lambdática u occipital". VITAL AZA⁹, consciente de la falsedad de estos conceptos clásicos, propuso la palabra "vórtice" (remolino), en substitución de las de vértice u occipucio, en los casos de actitud bien flexionada; no estamos de acuerdo con este autor, exclusivamente en lo que respecta a la palabra propuesta ya que opinamos debe darse preferencia a los relieves anatómicos de la cabeza ósea sobre aquellos otros que, como el citado vórtice, asientan en los tegumentos y tan sujetos se hallan a variaciones individuales, tanto más si tenemos en cuenta el carácter rudimentario y caduco de

los cabellos fetales poco propicios a la formación del "remolino de la coronilla" y, por otro lado, sin valor ninguno, como detalle tactable, en el diagnóstico intravaginal.

VARELA RADÍO¹⁰, al tropezar también en el mismo escollo, huye de la palabra vértice cuando se ocupa de la actitud núm. 2, y no emplea la de sincipicio por aceptar la localización sajona del mismo por delante del bregma. Sin embargo, nos permitimos discrepar con este autor respecto al término de "presentación de sutura sagital" que nos parece poco propicio para definir nuestra presentación sincipital. La sutura sagital desempeña un importante papel, al relacionarla con los distintos diámetros pélvianos, en el diagnóstico de la posición, y puede ser utilizada comúnmente en las tres variedades de presentación céfálica que corresponden a los tres primeros tipos de actitud estudiados en nuestra Tabla I.

En la actitud núm. 3 de la Tabla no deben existir dudas sobre la presentación que condiciona; siendo el bregma la zona que ocupa el centro, la designación exclusiva debe de ser la de presentación bregmática.

Finalmente, las presentaciones que corresponden a las actitudes 4 y 5 abarcan, terminológicamente, todo el casquete presentado (frente y cara), no observándose discrepancia alguna entre las diversas Escuelas. Tan sólo insistiremos en que la designación de "mentoniana" no debe ser utilizada para califi-

car la presentación facial, puesto que el mentón es un punto excéntrico de valor exclusivo para definir la posición u orientación de la cara.

En el siguiente cuadro comparamos diferentes nomenclaturas extranjeras con la que hemos adoptado:

Actitudes	PRESENTACIONES			
	Fabre	Martius	De Lee	Autor
1		Hinterhaupt	Occipital (Vertex)	Occipital o Lambdática
2	Sommet	Scheitel	Median vertex	Vértice Sincipital
3		Vorderhaupt	Forehead	Bregma
4	Front	Stirn	Brow	Frente
5	Face	Gesicht	Face	Cara

(Sommet, Scheitel = Vértice; Hinterhaupt = Occipucio; Vorderhaupt, Forehead = Parte anterior de la cabeza, o "précráneo"; Stirn, Brow = Frente; Face, Gesicht = Cara.)

NOMENCLATURA DE LAS PRESENTACIONES PELVIANAS. — En el ovoide caudal del feto distinguimos, como regiones de referencia, la *pelvis* y sus *anejos* (nalgas y extremidades), sirviendo aquélla para definir el género de la presentación y éstos las variedades. En el siguiente cuadro sinóptico exponemos la clasificación de las presentaciones que ahora nos ocupan:

ACTITUD		PRESENTACIÓN		Pelvianas incompletas
Variedad	Subvariedad	Variedad	Subvariedad	
<i>A)</i> Muslos y piernas flexionados. (actitud en cuclillas)	<i>a)</i> Muslos y una sola pierna en flexión	<i>A)</i> Nalgas y pies (Pelviana completa)	<i>a)</i> Nalgas y un pie	
<i>B)</i> Muslos flexionados y piernas en extensión.		<i>B)</i> Nalgas		
<i>C)</i> Muslos en extensión, piernas flexionadas.	<i>c)</i> Muslo extendido, pierna flexionada	<i>C)</i> Rodillas (R. doble)	<i>c)</i> Una rodilla (R. sencilla)	
<i>D)</i> Muslos y piernas extendidos	<i>d)</i> Muslo y pierna extendidos	<i>D)</i> Pies (P. doble)	<i>d)</i> Un pie (P. sencilla)	

No estamos de acuerdo con la terminología francesa que emplea genéricamente un anejo pélvico — las nalgas — para agrupar estas presentaciones (por ejemplo, "nalgas completas", "nalgas incompletas", y variedades) (FARABEUF y VARNIER)¹¹. Por otra parte, solamente juzgamos como presentaciones de extremidades inferiores (rodillas, pies) aquellas que, según el concepto establecido, ofrecen los miembros de referencia en la entrada de la pelvis; por esta razón, cuando los miembros descienden profundamente en el conducto del parto desaparece aquel concepto, ya que se ha originado una "procidencia" (en algunas iconografías no se han tenido presentes aquellas condiciones, siendo observables ciertas imágenes ex-

presando la presentación de rodillas o de pies no bastante desbordar aquéllas o éstos el estrecho vulvar). Añadiremos que la presentación de las extremidades pélvianas (sencilla o doble) es poco frecuente y hasta es negada por algunos autores entre los que contamos a L. RECASENS¹².

PRESENTACIÓN DE HOMBRO. — Este tipo de presentación se halla condicionada por la situación transversal del feto. Apenas observable durante el embarazo, es en cambio más frecuente al iniciarse las contracciones uterinas. Lo mismo que dijimos al ocuparnos de ciertas variedades de presentación pélviana, sólo hablaremos de "presentación de brazo"

cuando éste se encuentre en el estrecho superior, y no cuando la mano aparezca en la vulva (procidencia de brazo en una presentación de hombro).

POSICIÓN U ORIENTACIÓN DEL FETO Y SU NOMENCLATURA. — La posición fetal puede determinarse con el dorso del feto y las paredes úteroabdominales, o bien, de modo más exacto, utilizando los llamados "puntos de guía de la posición", los cuales quedan situados, convencionalmente, en los contornos de la parte fetal presentada y del conducto pélvano.

La primera modalidad terminológica, debe ser empleada, en nuestra opinión, exclusivamente durante el embarazo. Según que la espalda fetal mire a la derecha o a la izquierda de la madre, tendremos las posiciones "dorso-derecha" y "dorso-izquierda"; si delante o atrás, las "dorso-anteriores" y "dorso-posteriores" y si hacia arriba o abajo, las "dorso-superiores" y "dorso-inferiores". Cuando el dorso adopta posiciones intermedias resultan las siguientes variedades principales: "dorso-izquierda-anterior", "dorso-izquierda-posterior", "dorso-derecha-anterior" y "dorso-derecha-posterior".

En las situaciones longitudinales (cefálicas y pélvianas), se antepone el nombre de la presentación a la situación del dorso; ejemplo: presentación cefálica dorso-izquierda-anterior, presentación pélviana dorso-derecha-posterior. Es costumbre utilizar en el lenguaje escrito las siglas de estas expresiones: C.-d. i. a.; P.-d. d. p.

En cuanto a las situaciones transversales, la siguiente tabla expresa sinópticamente su nomenclatura:

SITUACIONES TRANSVERSALES

Nomenclatura de las posiciones, durante el embarazo

Cabeza a la izquierda (Cefalo-izquierda)	Dorso-superior	C. I. d. s.
	Dorso-inferior	C. I. d. i.
Cabeza a la derecha (Cefalo-derecha)	Dorso-anterior	C. I. d. a.
	Dorso-posterior	C. I. d. p.

Tanto las céfaloderechas como las céfalozquierdas vemos que orientan el dorso en cuatro posiciones principales, quedando modificado el concepto clásico que admitía solamente las dos posiciones anteriores y posteriores. También aquí el examen radiográfico ha contribuido a establecer estos nuevos conocimientos de la orientación fetal (BRAKEMANN¹³, GAEHTGENS¹⁴). (Fig. 8.)

Al comienzo del parto y con la penetración de la presentación en la pelvis, recurrimos a otra terminología. Aquí, a los datos recogidos por la palpación abdominal añadimos los que se pueden obtener con el tacto intravaginal, permitiéndonos éste la comprobación de los detalles anatómicos que, como puntos de referencia, dejamos establecidos. Nosotros comparamos el conjunto formado por la presentación y el contorno pélvico-materno, con la esfera de

un reloj; así, el extremo distal de la manecilla equivaldría al punto de guía fetal de la posición, el centro de la esfera sería la parte conductora y punto denominador del casquete fetal presentado, y, por último, el círculo graduado podría corresponder al



Fig. 8. — Situación transversal (no existe presentación)
Posición: céfalo-derecha, dorso inferior. (C. d. d. i.) (Según una radiografía de BRAKEMANN.)

contorno endopelviano. Los puntos de guía de la posición en el feto son los siguientes:

- | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------|
| A) Presentaciones cefálicas. | a) de vértice (en sus dos variedades: occipital y sincipital) | EL OCCIPITAL (O.) |
| | b) de bregma. | LA FRENTA (F.) |
| | c) de frente | LA NARIZ (N.) |
| | d) de cara. | EL MENTÓN (M.) |
| B) Presentaciones pélvianas. | EL SACRO (S.) | |
| C) Presentación de hombro | EL ACROMIÓN (A.) | |

He aquí los puntos de guía maternos:

Regiones pélvianas	ILÍACA (I.) . . .	Izquierda (I.) . . .	anterior (A.)
			transversa (T.)
	Derecha (D.) . . .		posterior (P.)
PUBIANA (P.) . . .	SACRA (S.) . . .	Derecha (D.) . . .	anterior (A.)
			transversa (T.)
			posterior (P.)

En la nomenclatura que aceptamos, hemos tomado como punto de guía fetal en las presentaciones de vértice (variedades occipital y sincipital), el *occipucio*; en la bregmática, la *frente*, en la presentación frontal, la *nariz*, y en la facial, el *mentón*. MARTIUS, en las tres últimas presentaciones que acabamos de citar, emplea en común un solo punto de guía: el *mentón*. Por otra parte, hemos de señalar que la más absoluta incorrección corresponde al juicio observado por nuestro compatriota SÁNCHEZ LÓPEZ, obcecado en definir la posición valiéndose, como guía, del centro de la presentación. De este modo, al escri-

bir "posición sincípito-iliaca" o "bregmo-iliaca-izquierda-anterior", es posible imaginar la posición tanto en izquierda-anterior como en derecha-posterior. Por consiguiente, y en evitación de confusiones, debe tenerse siempre presente que el punto de guía

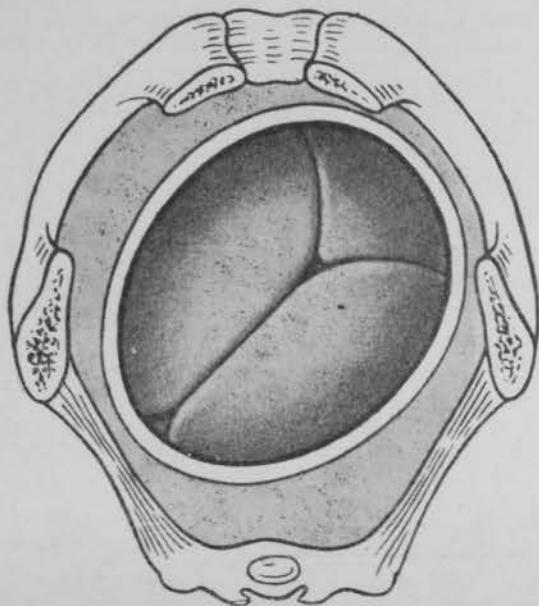


Fig. 9. — Imagen táctil de una presentación cefálica *encajada*. (Excavación vista desde su orificio inferior o estrecho medio.) I, presentación de vértice, variedad occipital. Posición occipito-iliaca-izquierda-anterior (O. I. I. A.).

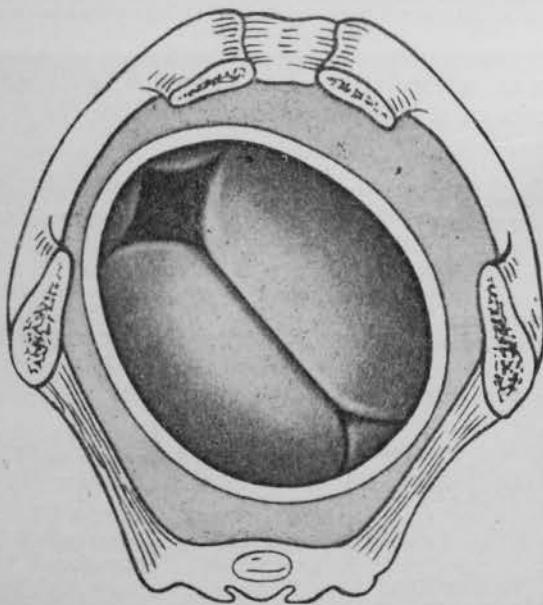


Fig. 10. — Imagen táctil de una presentación cefálica *encajada*. (Proyección igual a la precedente.) II, presentación de vértice, variedad sincipital. Posición occipito-iliaca-izquierda-posterior (O. I. I. P.).

de la presentación debe ser excéntrico, con cuya condición podrá tomar contacto con el contorno endopélvico.

Conforme es sabido, la Escuela alemana utiliza, preferentemente, el dorso fetal como referencia para establecer la posición, mientras que la francesa prefiere la orientación del polo presentado. Opinamos que tan defectuoso resulta referir al dorso la posición de un feto que se encuentra en pleno período

expulsivo, cuando lo primordial reside en el perfecto establecimiento de la orientación del polo previo, como hablar, por ejemplo, de una O. I. I. A. en una embarazada en el octavo mes, cuando aun la cabeza permanece móvil por encima del estrecho superior. He aquí la razón por la que hemos propuesto y distinguido dos terminologías; una de ellas para expresar la orientación fetal durante el embarazo (palpación abdominal), y la otra para establecerla du-

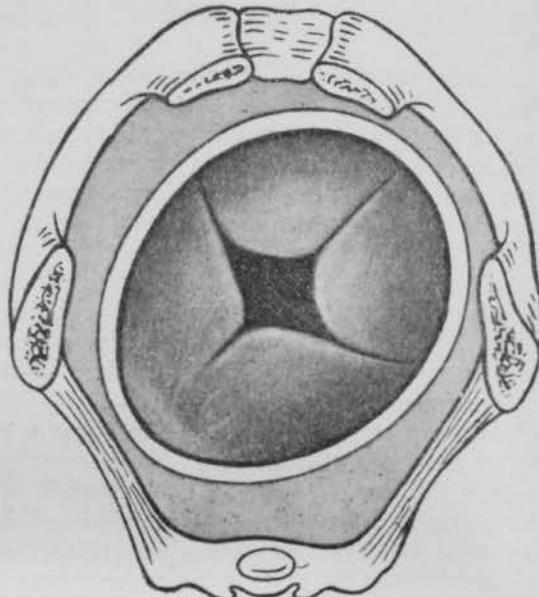


Fig. 11. — Imagen táctil de una presentación cefálica *encajada*. (La misma proyección.) III, presentación bregmática. Posición fronto-iliaca-derecha-posterior (F. I. D. P.).

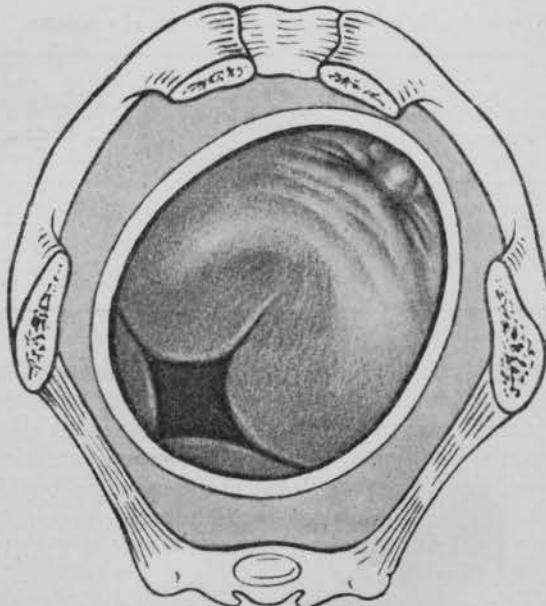


Fig. 12. — Imagen táctil de una presentación cefálica *encajada*. (La misma proyección.) IV, presentación de frente. Posición naso-iliaca-izquierda-anterior (N. I. I. A.).

rante el parto (exploración interna). En las figuras 9 a 16 expresamos diversos ejemplos de posición fetal.

Por otra parte, haremos aquí mención de que si-

como ya dijimos, la variedad de presentación fetal dependía de la actitud del polo fetal, ésta a su vez puede hallarse condicionada por el grado de penetración de aquél en la pelvis. Así, en relación con los conocidos grados de *altitud fetal* — presentación *insinuada, fijada, encajada y descendida* — tenemos la presentación *primitiva o temporal* que corresponde a cuando el polo fetal se halla simplemente *insinuado* en el estrecho superior, y la *secundaria* que

con los movimientos de descenso y rotación del polo fetal que se presenta, la posición sufre mutaciones. Refiriéndonos, *verbi gratia*, al parto de la cabeza, es sabido que ésta entra, generalmente, en el estrecho superior, en posición transversal: se hace oblicua en



Fig. 13. — Imagen táctil de una presentación céfala *encajada*.
(Igual proyección.)

V, presentación de cara. Posición mento-iliaca-derecha-posterior
(M. I. D. P.).

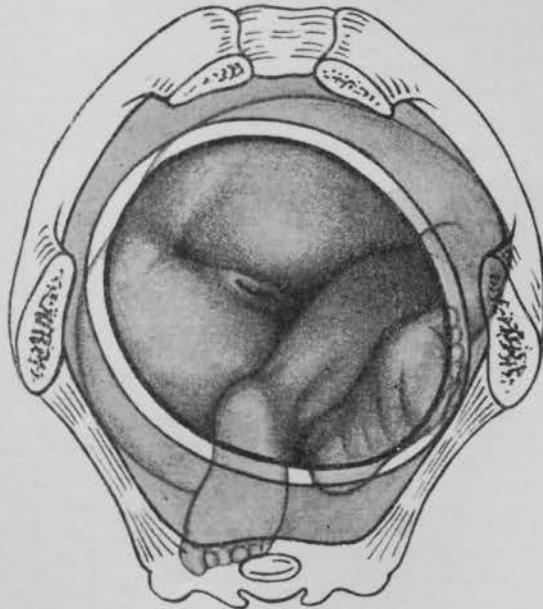


Fig. 14. — Imagen táctil de una presentación pélvica *encajada*.
(Proyectada en la excavación como en las precedentes figuras.)

VI, presentación pélvica completa (de nalgas y pies). Posición sacro-iliaca-derecha-anterior (S. I. D. A.).

ocurre cuando aquél se *fija*. (Por ejemplo, la presentación *primitiva* de sincipicio o la de bregma pueden cambiar, *secundariamente*, hasta originar una presentación lambdática.) Igualmente, en relación

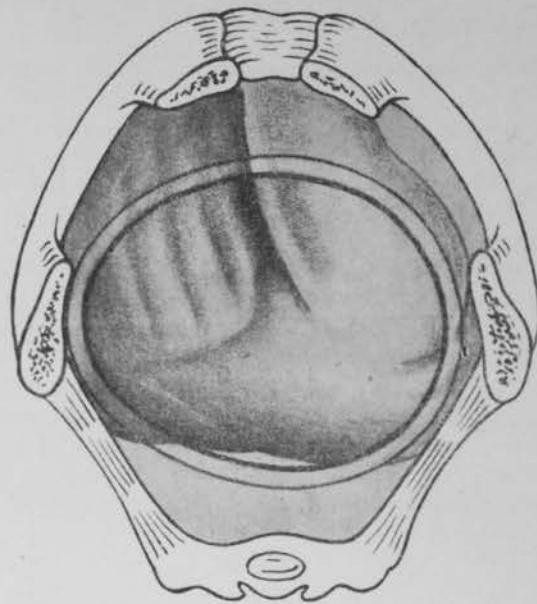


Fig. 15. — Imagen táctil de una presentación de hombro *encajada*. (En proyección igual a las anteriores figuras.)
VII, presentación acromial. Posición aeromio-iliaca-izquierda, dorso-posterior (A. I. I. d. p.).

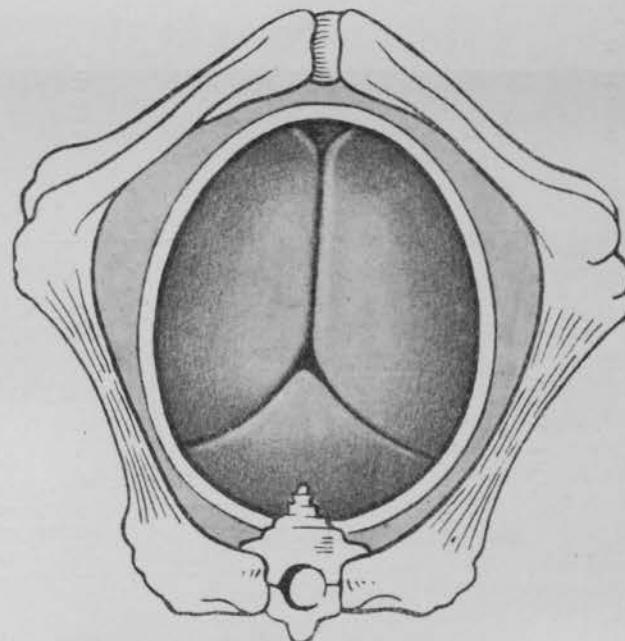


Fig. 16. — Imagen táctil de una presentación céfala *descendida*.
(Proyección en el estrecho inferior.)

Presentación de vértice, variedad de occipucio. Posición directa posterior u occipito-sacra (O. S.).

la excavación, y termina siendo directa al llegar al estrecho inferior. (Posiciones *iniciales*, de *encajamiento* y de *desprendimiento*.)

Resumiendo, diremos: que cuando el polo fetal inferior se halla "fijado", la presentación tiene el carácter de constituida o secundaria, siendo, a partir de este momento, cuando podrá ser convenientemente establecida la posición fetal.

Situaciones	PRESENTACIONES			POSICIONES							
	C E F Á L I C A S 96 %	Fronto	Naso	Mento	Izquierda	Anterior	O. I. I. A. O. I. I. T. O. I. I. P.				
L O N G I T U D I N A L E S 99,25 %					Derecha	Transversal	O. I. I. A. O. I. I. T. O. I. I. P.				
					(Directa)	Posterior	O. I. D. A. O. I. D. T. O. I. D. P.				
						Pubiana	O. P.				
						Sacra	O. S.				
					Izquierda	Anterior	F. I. I. A. F. I. I. T. F. I. I. P.				
					Derecha	Transversal	F. I. D. A. F. I. D. T. F. I. D. P.				
					(Directa)	Posterior	F. I. D. A. F. I. D. T. F. I. D. P.				
						Pubiana	F. P.				
						Sacra	F. S.				
P E L V I A N A S 3,25 %	De frente 0,05 %	Iliaca	Iliaca	Mento	Izquierda	Anterior	N. I. I. A. N. I. I. T. N. I. I. P.				
					Derecha	Transversal	N. I. D. A. N. I. D. T. N. I. D. P.				
					(Directa)	Posterior	N. I. D. A. N. I. D. T. N. I. D. P.				
						Pubiana	N. P.				
	De cara 0,50 %					Sacra	N. S.				
					Izquierda	Anterior	M. I. I. A. M. I. I. T. M. I. I. P.				
					Derecha	Transversal	M. I. D. A. M. I. D. T. M. I. D. P.				
					(Directa)	Posterior	M. I. D. A. M. I. D. T. M. I. D. P.				
						Pubiana	M. P.				
Transversales (u oblicuas) 0,75 %	De nalgas y pies	Iliaca	Iliaca	Mento	Izquierda	Anterior	S. I. I. A. S. I. I. T. S. I. I. P.				
					Derecha	Transversal	S. I. D. A. S. I. D. T. S. I. D. P.				
					(Directa)	Posterior	S. I. D. A. S. I. D. T. S. I. D. P.				
	De nalgas y un pie				Izquierda	Posterior	S. I. I. A. S. I. I. T. S. I. I. P.				
					Derecha	Pubiana	S. I. D. A. S. I. D. T. S. I. D. P.				
	De nalgas					Sacra	M. S.				
	De rodillas	Doble sencilla	Iliaca	Iliaca	Izquierda	Anterior	C. I. d. s. C. I. d. i. C. I. d. a. C. I. d. p.				
	De pies	Doble sencilla	Mento	Mento	Derecha	Transversal	C. D. d. s. C. D. d. i. C. D. d. a. C. D. d. p.				
						Posterior	C. I. d. s. C. I. d. i. C. I. d. a. C. I. d. p.				
(Durante el embarazo no existe presentación)	En el embarazo			Dorso superior		Dorso inferior	Dorso anterior	Dorso posterior			
	Cefalo	Izquierda	Derecha	Dorso superior		Dorso inferior	Dorso anterior	Dorso posterior			
				Dorso inferior		Dorso anterior	Dorso posterior	Dorso anterior			
	Durante el parto	Iliaca	Iliaca	Dorso anterior		Dorso posterior	Dorso posterior	Dorso posterior			
				Dorso posterior		Dorso anterior	Dorso anterior	Dorso anterior			
	Acromio	Iliaca	Iliaca	Izquierda		Derecha	Derecha	Derecha			
				Derecha		Izquierda	Derecha	Izquierda			
	De hombro o acromial			Dorso anterior		Dorso posterior	Dorso posterior	Dorso posterior			
				Dorso posterior		Dorso anterior	Dorso anterior	Dorso anterior			

No todos los autores, entre ellos SÁNCHEZ LÓPEZ, tienen en cuenta los predichos conceptos cuando se ocupan de la clasificación y de la frecuencia comparada de las distintas variedades de presentaciones fetales, como asimismo de las diversas posiciones que el fruto puede llegar a adoptar.

La tabla sinóptica general, inserta en la página anterior, reúne las nomenclaturas propuestas.

RESUMEN

El autor, después de recordar la significación de los vocablos clásicos que definen la estática fetal y de criticar ciertos vicios de dicción observados en algunas Escuelas obstétricas, se ocupa de la clasificación y nomenclatura de las presentaciones cefálicas, pelvianas y de hombro, proponiendo algunos detalles terminológicos y aclarando ciertos errores recogidos en la literatura reciente y, especialmente, en aquellas obras dedicadas al estudiante y al médico general.

El autor expone los motivos que le inducen a aconsejar dos nomenclaturas para la posición fetal — durante el embarazo y en el parto, — y termina refiriéndose a las condiciones que es preciso tener en cuenta para establecer el perfecto concepto relativo a las presentaciones y posiciones fetales.

BIBLIOGRAFÍA

1. SIEBOLD, E. G. J. — *Essai d'une Histoire de l'Obstétricie* (versión francesa, con notas y apéndice de F. J. HERRGOTT). Edit. Steinheil. París, 1891.
2. NAVAS, J. DE. — *Elementos del arte de partear*, Imprenta Real. Madrid, 1795.
3. UTZUKI y HASHIDZUME. — *Zbl. Gynäk.*, 65, 194, 1941.
4. ERBELÖH, J. — *Zbl. Gynäk.*, 66, 250, 1942.
5. MARTIUS, H. — *Die geburthilflichen Operationen*, 3.ª ed., Edit. Thieme. Leipzig, 1942.
6. FABRE — *Obstetricia*, 8.ª ed. españ., Edit. Salvat. Barcelona-Buenos Aires, 1941.
7. DE LEE, J. B. — *The Principles and Practice of Obstetrics*, 7.ª ed., Edit. Saunders. Filadelfia y Londres, 1940.
8. SÁNCHEZ LÓPEZ, A. — *Fisiología Obstétrica*. Madrid, 1941.
9. VITAL AZA. — *Gaceta Méd. Españ.*, 16, 197, 1942.
10. VARELA RÁDIO, M. — (Notas en la versión española de la obra de MARTIUS. "Operaciones Obstétricas", Edit. Labor. Barcelona, 1943.)
11. FARABEEUF, L. H., y VARNIER, E. — *Introducción al estudio clínico y a la práctica de los partos*, Edit. Publ. Barceloniana, 1929.
12. RECASENS, L. — *Diagnóstico de la gestación*, Edit. Salvat. Barcelona-Buenos Aires, 1942.
13. BRAKEMANN, O. — *Arch. Gynäk.*, 170, 108, 1940.
14. GABHTGENS, G. — *Die Geburt in Quer- und Beckendlage*, Edit. Steinkopff. Dresden y Leipzig, 1942.

ZUSAMMENFASSUNG

Nachdem der Verfasser an die Bedeutung der klassischen Terminologie, die die Lage des Foetus bestimmt, erinnert hat, übt er Kritik an gewissen schlechten Ausdrücken, die sich in einigen Gynäkologischen Schulen eingebürgert haben. Dann befasst er sich mit der Klassifizierung und Nomenklatur der Kopf-Bekken-un-Schulterlagen und macht Vorschläge für einige terminologische Einzelheiten; außerdem erklärt er einige in der neueren Literatur, insbesondere in für Studenten und praktische Ärzte bestimmte Büchern, auftretenden irrtümlichen Ausdrücke.

Er schlägt für die fötale Lage zwei verschiedene Ausdrücke vor, einen für die Zeit der Schwangerschaft und einen für den Moment der Geburt und

gibt die Gründe dafür an. Zum Schluss bespricht er die Umstände, die zur relativ exakten Feststellung der fötalen Presentatioen und Positionen berücksichtigt werden müssen.

RÉSUMÉ

Après avoir fait un rappel du signifié des mots classiques qui définissent la statique foetale, et d'avoir critiqué certains vices de diccion observés dans quelques écoles obstétriques, l'auteur s'occupe de la classification et nomenclature des présentations céphaliques, pelviennes et de l'épaule, propose quelques détails terminologiques et explique certaines erreurs observées dans la littérature récente et en particulier dans les ouvrages dédiés à l'étudiant et au docteur général.

L'auteur expose les raisons qui le poussent à conseiller deux nomenclatures pour la position foetale — pendant la grossesse et l'accouchement, — et termine se rapportant aux conditions qu'il faut tenir compte pour établir une conception parfaite relative aux présentations et positions foetales.

ARTRITIS AGUDAS SUPURADAS E INMOVILIZACIÓN

R. CANALS MAYNER

Cirujano del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo, de Barcelona. Servicio del DR. PUIG SUREDA.

Los gérmenes de la supuración pueden invadir las articulaciones por contaminación directa desde el exterior en las heridas articulares o las fracturas abiertas penetrantes, por propagación de un proceso inflamatorio supurado vecino, o bien por colonización en el espacio articular de bacterias circulantes en la sangre o provenientes del sistema linfático. Sea la que fuere la vía de entrada, la infección supurada articular, es siempre afección de gravedad, y motivo acreditado de preocupación del cirujano. A los síntomas locales inflamatorios, añádese constantemente alteraciones serias del estado general, originándose septicemias graves y aun mortales. Aun cuando se consiga la curación, el resultado funcional ulterior es casi siempre deficitario, y la movilidad articular queda comprometida o nula, estableciéndose anquilosis en posición tal vez desfavorable para el normal rendimiento del dinamismo de la extremidad.

Las artritis agudas supuradas son, pues, doblemente a temer, primeramente por la gravedad inmediata que conllevan, y en segundo lugar por la alteración funcional residual que pueden ocasionar en el miembro afecto.

Al referirnos a artritis agudas, se nos representa siempre ilógicamente, la imagen de una infección supurada de punto de partida intraarticular, tal y como si los gérmenes colonizasen en la sinovia, para