

veu a cada banda el fons vaginal constituït per una cúpula i en el seu centre un petit cercol més blanquinós, d'aspecte més compacte, que envolta un petit orifici; la seva apariència és també a la inspecció d'un petit coll uterí, però la forma i aplanament no fan pensar-hi.

S'institueix una terapèutica pels trastorns urinaris.

Tres dies més tard (27-I-36), millorada de la seva lesió urinària, l'exploració confirma les dades assenyalades a la primera visita. La presentació i posició fetal idèntica, el cap insinuat sense desproporció pèlvico-fetal. S'estableix una vacunació profilàctica puerperal.

A la 1 del matí del dia següent (28) té lloc la ruptura prematura de la borsa de les aigües i comencen poc després petites contraccions uterines doloroses que van seguint durant tota la nit. A les 11 h. és traslla-

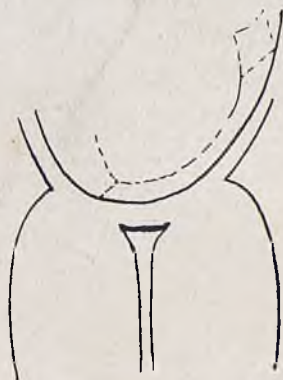


Fig. 3

gada a la clínica. Els dolors són seguits i bastant intensos. L'exploració confirma: fetus viu, enclavat, dors dreta. Pel tacte hom aprecia pel costat esquerre o millor dit, per la vagina esquerra, un orifici dilatat a tres centímetres, dirigit obliquament de baix a dalt i de dreta a esquerra, en altres termes: del centre a l'esquerra, doncs dona la sensació que ocupa sols una part (lateral esquerra) de la entrada pelviana. Per l'altre costat hom no arriba a tocar cap dilatació. El cap fetal a nivell del segon pla d'Hodge.

A les 13 h. les contraccions es van succeint igualment. Ara hom pot trobar a cada fons vaginal una dilatació de 5 cms., l'orifici dirigit per la part central cap avall, com si fos estirat per la divisió vaginal o descendit per la part més baixa del cap fetal. Aquest en el segon pla d'Hodge, es fa difícil precisar la posició del mateix (dors, però, a la dreta). (Fig. 3.)

Cap de les dues obertures vaginals té probabilitats de constituir-se primordial i col·locar-se en el centre del canal del part a fi de permetre el pas i allotjament del cap fetal i per tant la seva expulsió espontànea.