

ocupa de medidas tomadas o que deberán tomarse contra el cólera y la fiebre amarilla, y el acuerdo ha sido dictado especialmente para la peste bubónica.

*Dr. Licéaga.*

---

---

## OBSTETRICIA.

---

### Breves consideraciones acerca de las indicaciones para aplicar el Fórceps.

---

El Fórceps es una pinza destinada a ser colocada sobre la cabeza del feto con objeto de tomar sólidamente a éste para extraerlo del organismo materno.

La aplicación del Fórceps es una de las intervenciones más empleadas en la práctica obstétrica, y aun podría añadir, sin temor de exageración, que muchos médicos se deciden a recurrir a él con precipitación, en casos en que el parto habría terminado de una manera espontánea, con sólo una prudente espera.

De aquí el que el empleo del Fórceps deba ser bien meditado y que se conozcan sus verdaderas indicaciones, pues sólo ellas imponen la intervención. Toda operación no indicada realiza una falta profesional o quizá un delito, supuesto que puede traer consigo consecuencias graves a la madre, al engendro y algunas veces aun a los dos.

En la práctica diaria debe un médico, celoso de su reputación y cuidadoso de las vidas que le son confiadas, saber resistir a las súplicas de la parturienta, a los ruegos de sus familiares que le piden la terminación del parto por una extracción instrumental y resistirse aun a sí mismo ante consideraciones personales que lo obligan a permanecer por largo tiempo al lado de su paciente, evitándole la asistencia a sus demás ocupaciones profesionales.

Una de las cuestiones más delicadas de la práctica obstétrica es discernir cuando una aplicación de Fórceps es necesaria, pues si en términos generales basta decir que está indicada siempre que algún peligro amenace la vida de la madre, la del niño o la de ambos, y la terminación del parto substraer de una manera cierta ese peligro, esta sencilla manera de considerar la intervención, queriendo decir mucho, no dice nada, y en la práctica hay que saber precisar cuando la operación es necesaria y útil.

La aplicación del Fórceps tiene indicaciones precisas que es indispensable conocer con exactitud, porque sólo ellas justifican la intervención.

Debe, en efecto, recordarse que un parto terminado por los solos esfuerzos de la naturaleza tiene mucho menor peligro para la madre y el hijo que una extracción instrumental, por bien que se haga.

En esta Memoria me propongo precisar las indicaciones principales de la aplicación de este precioso instrumento, sin duda alguna el que más servicios ha

dado a la humanidad de cuantos forman el ya t an rico arsenal quir urgico, es-  
peranzado en que, con las aclaraciones que reciba de vuestra bien reconocida  
competencia, quizá pueda ser mi trabajo de alguna utilidad a los jóvenes m -  
dicos que consagren sus aptitudes a la obstetricia, cuyo ejercicio requiere un  
buen caudal de conocimientos, a la vez que honorabilidad profesional.

\*  
\* \* \*

Como demostrar  en su oportunidad, la elección del Fórceps tiene impor-  
tancia práctica. Yo, desde el año de 1878, he dado la preferencia al modelo del  
Profesor Tarnier, que en la actualidad está bien aceptado por muchos de mis  
discípulos, pudiendo, por esta razón, aseverar que es quizá el Fórceps más em-  
pleado en la República. Ha sido construido para agarrar la cabeza del feto do-  
blada, y en esta virtud debe especialmente ser aplicado en la presentación del  
v rtice, mas en la práctica también se emplea para las presentaciones de cara  
y aun para las de nalgas descompleta, modo de nalgas, si el polo pélvico  
est  bien encajado; pero en ambos casos sale algo de sus atribuciones, y en la  
 ltima, especialmente, suele ser peligroso para el niño cuando se le aplica en las  
posiciones sacro-anteriores.

Los profesores Tarnier y Budin dividen las indicaciones de Fórceps en los  
tres grupos siguientes:

- 1.  Anomalías de las fuerzas expulsivas;
- 2.  Obstáculos mecánicos al parto, y
- 3.  Accidentes del parto.

Las anomalías de las fuerzas expulsivas que imponen el Fórceps, son, según  
la generalidad de los autores, la inercia del útero y la retracción del anillo de  
Bandle.

Como no acepto la primera indicación, paso a dar las razones que sirven de  
base a mi modo de pensar.

El operador, al aplicar el Fórceps, se propone evidentemente un doble ob-  
jeto: substraer al niño a los peligros que amenacen su vida y que principalmente  
provienen de la interrupción de la circulación útero-placentaria, y proteger las  
partes blandas del organismo femenino de la compresión muy prolongada que  
le ocasiona la cabeza fetal al ser empujada por las contracciones.

Ahora bien; estos accidentes que se quieren evitar, no se presentan en los  
casos de inercia de la matriz. El útero no se paraliza de una manera brusca,  
sino que las contracciones normales al principio del parto, empiezan por retardar-  
se, poco a poco, a la vez que van disminuyendo progresivamente de intensi-  
dad, y su desaparición sólo se realiza de una manera completa, después de un  
período más o menos largo del trabajo. En esta marcha, por lenta que sea, el  
feto sin duda alguna no sufre, supuesto que la circulación útero-placentaria no se  
perturba y aun sufre menos desde el momento en que cesa la contracción de las  
fibras musculares de la matriz. Esta verdad clínica se demuestra por la auscul-  
tación, que permite apreciar que los latidos cardíacos conservan sus caracteres  
normales.

Los tejidos que forman las partes blandas del canal genital de la mujer, tam-  
poco son violentamente comprimidos, supuesto que la suspensión de las contrac-

ciones evita el empuje de la cabeza y ésta deja de oprimir estos tejidos. Por estas razones, la inercia de la matriz no constituye por sí sola, en mi sentir, indicación de aplicación de Fórceps, y sólo impone conocer íntimamente la causa que la ocasiona para combatirla por una terapéutica causal. Así, tratándose de un agotamiento de la fibra muscular de la matriz, bastará quizá un reposo prudente, la administración de algún cordial y la aplicación de grandes inyecciones vaginales de agua salada y esterilizada a la temperatura de 47 centígrados para que el útero recobre su actividad. En otras ocasiones, la administración de un oscitósico inofensivo, como sin duda alguna lo es el sulfato de quinina, en dosis conveniente, por ejemplo, un gramo cincuenta centigramos en tres tomas (una cada veinte minutos) y una inyección subcutánea de tres miligramos de sulfato de estriénina, al dar la primera dosis, despierta, a no dudarlo, la contractilidad de la matriz. Estos medios sencillos, sea aislados, sea combinados o asociados a la expresión de la matriz bien dirigida, son armas bien poderosas, adecuadas e inofensivas para combatir la inercia.

De aquí que, frente a un caso de inercia uterina, la mejor conducta sea evidentemente esperar; más si el consejo es fácil de dar, con frecuencia es difícil de poner en práctica. En efecto, ante una parturienta violenta y una familia excitada, la conducta más penosa para el tocólogo es saber no ceder a las exigencias para terminar tan violenta situación.

Pero, ¿cuánto tiempo se debe prolongar esta espera?

Si interrogamos a los clásicos, los unos nos dicen que dos horas; otros, que tres, y otros, hasta cuatro, lo que demuestra que no hay regla precisa; pero lo que sí puedo asegurar, es que la expectación prudente es útil en la generalidad de estos casos, supuesto que después de una o dos horas se ven aparecer las contracciones, el trabajo regularizarse y el parto terminar por los solos esfuerzos naturales. Y también puedo asegurar que una aplicación de Fórceps no siempre es inofensiva, supuesto que puede determinar desgarraduras del cuello y aun del segmento inferior de la matriz, si el orificio uterino no está suficientemente dilatado, y generalmente determina traumatismos de todo el canal genital, que no se ocasionan en el parto natural. En efecto, la estadística demuestra, con la irrefutable lógica de los números, que este traumatismo operatorio, además de exponer a la parturienta a las infecciones puerperales, hace la mortalidad infantil más grande que en el parto espontáneo.

Pero si no acepto la intervención instrumental en la inercia, en el caso de resistencia exagerada de las partes blandas que forman el piso del canal pelvi-genital, la creo de urgencia desde el momento en que la mujer puja con energía, que las contracciones uterinas son fuertes y muy próximas la una de la otra y que hay amenaza real de que se declare el tetanismo del útero, supuesto que las vidas de la madre y del niño están seriamente comprometidas. La del niño se encuentra en un eminentísimo peligro, porque las contracciones intensas, violentas y muy próximas, perturban gravemente la circulación placentaria, y, por consecuencia, comprometen la hematosi fetal; y la madre es expuesta a fuerte compresión y maltrato de las partes blandas, producido por la presión violenta de la cabeza del feto contra el esqueleto de la pelvis y el perineo, a la vez que al despegamiento de la placenta (si las membranas están intactas) y a una hemorragia que puede llegar a ser mortal. En este caso es evidente que se impone la terminación del parto para substraer a la madre y al niño a reales peligros que tan seriamente los amenazan.

Como se ve, la conducta que recomiendo por estas anomalías de las fuerzas expulsivas, resumida en cuatro palabras, es: temporizar, con prudente y racional espera, en los casos de inercia de la matriz; y sin vacilación intervenir desde el momento en que se demuestre una lucha desproporcionada entre las contracciones del útero y de los músculos abdominales, por una parte, y la resistencia de las partes blandas del canal pelvi-genital de la madre, por la otra.

Los obstáculos mecánicos al parto provienen de la madre o del feto.

En el estrecho inferior se presentan las indicaciones más frecuentes de la aplicación de Fórceps, que son: la resistencia exagerada de la vulva, del orificio inferior de la vagina, del perineo y principalmente la del elevador del ano. Con menos frecuencia se observa un tumor de la excavación, de pequeñas dimensiones, de consistencia blanda, susceptible de ser reducido, o bien un trombus, o la retracción del cuello de la matriz sobre la cabeza o el cuello del feto, o, por último, estrechamiento moderado, o la anquilosis del coxis.

En el estrecho superior la causa más común de distosis es, sin duda alguna, la estenosis de naturaleza raquítica. En este supuesto, si la disminución del área de la pelvis es limitada al diámetro antero posterior del estrecho superior (caso que más frecuentemente se presenta en la práctica), sólo se recurrirá al Fórceps siempre que una exploración cuidadosa demuestre que este diámetro estrecho tiene más de ocho y medio centímetros, que la cabeza del engendro no es de dimensiones exageradas y que las suturas y fontanelas no están osificadas y permiten la ligera reducción que proporciona la compresión del Fórceps, compresión que siempre debe ser en grado de no comprometer la vida del engendro.

No desconozco los peligros de la aplicación del Fórceps en el estrecho superior, ni las dificultades de la operación, pero creo firmemente, y la experiencia me ha confirmado esta aseveración, que bien fijada la cabeza del feto a la entrada de la pelvis por un ayudante inteligente, y procurando tomarla por el diámetro fronto-mastoideo, la extracción, aunque difícil, es menos peligrosa para la madre que la sinfisiotomía, hoy tan recomendada por la escuela del Profesor Pinard. Creo, también, que esta intervención no hace correr peligros al niño, si es de dimensiones normales, si ha sido bien colocado el Fórceps, si las tracciones son moderadas, bien dirigidas, y el diámetro estrecho de la pelvis es, repito, superior a ocho y medio centímetros.

Podría citar, en apoyo de mis aseveraciones, muchas observaciones de aplicaciones altas de Fórceps practicadas en el servicio de la maternidad y en presencia de numerosos alumnos, pero por no fatigar vuestra atención me voy a limitar a tres, que creo de gran significación.

La primera se refiere a una señora de nacionalidad rusa, que operé en la 1ª calle de Colón, con mi ilustrado compañero el Sr. Profesor Gallegos. Esta señora había ya sufrido aplicaciones de Fórceps que parteros autorizados le habían practicado en Tampico, con sacrificio del feto. Su segundo embarazo le sorprendió en esta Capital, y cuando la examinamos nos encontramos con un estrechamiento del diámetro antero-posterior de la pelvis, que apenas medía 85 milímetros, la cabeza se encontraba arriba del estrecho superior, la fuente se había roto algunas horas antes, el cuello estaba suficientemente dilatado y las contracciones uterinas subintrantes, comprometían seriamente la vida del niño por la continuada suspensión de la circulación placentaria. Con la urgencia que el caso reclamaba procedí, con tan inteligente colaboración, a la extracción del niño, tomando a éste por el diámetro fronto-mastoideo. La intervención fué difícil y laboriosa, pero el

resultado fué el restablecimiento completo de la madre y un niño que reanimó mi inteligente compañero, por haber salido muy asfixiado, pero sin que el Fórceps le hubiese ocasionado algún traumatismo.

La segunda fué una señora que aparentemente revela buena conformación, pero que al ser llamado por mi muy competente y caballeroso compañero el Sr. Dr. don Francisco Ortega, pudimos ambos apreciar que la pelvis es estrecha y que el diámetro antero-posterior del estrecho superior sólo mide 86 milímetros. Esta señora estaba en pleno trabajo de parto hacía más de 24 horas; el embarazo era intrauterino, de término; el feto se presentaba por el vértice, en posición transversal, y la cabeza apenas se iniciaba a la entrada de la pelvis. La fuente se había roto hacía algunas horas, el cuello estaba suficientemente dilatado; las contracciones uterinas enérgicas y sostenidas, no habían hecho avanzar el feto, y la auscultación demostró que los latidos del corazón, primero acelerados, habían venido poco a poco disminuyendo de frecuencia. En presencia del sufrimiento real del engendro, bien apreciadas estas circunstancias y habiéndome convencido, por el tacto manual, que la cabeza, no obstante su volumen, no presentaba osificación prematura de las suturas ni de las fontanelas, convenimos en intentar una aplicación alta de Fórceps, y sólo en el evento de no conseguir la extracción con tracciones moderadas, que no comprometieran ni la vida ni viabilidad, recurriríamos a una sinfisiotomía. Bien fijada la cabeza del feto por mi compañero, procedí a la intervención y tuvimos la satisfacción de poder extraer un niño voluminoso y bien desarrollado, que mi compañero volvió a la vida por respiración artificial, sin que presentase algún mal tratamiento instrumental. La madre tuvo un puerperio fisiológico.

La tercera observación pertenece a la clientela del muy ilustrado Doctor don Angel Gutiérrez, y se refiere a una señora joven, que en los primeros años de su vida tuvo accidentes coxálgicos. Es de pequeña talla; su pelvis es aplastada y el diámetro antero-posterior sólo mide 84 milímetros de diámetro antero-posterior. El embarazo había llegado a su término cuando mi distinguido compañero y yo la examinamos. Estaba en trabajo hacía dos días, el cuello bien dilatado, la fuente rota y la cabeza del feto apenas iniciada a la entrada de la pelvis. Como en los casos anteriores, una aplicación alta de Fórceps permitió la extracción de una niña que, aunque muy asfixiada, se logró su restablecimiento completo. La madre tuvo un puerperio fisiológico y la niña, hasta los momentos actuales, vive sin que el Fórceps dejase en ella alguna huella.

Mi convicción íntima es: que en las pelvis moderadamente estrechas, la aplicación de Fórceps en el estrecho superior, desde el momento en que la auscultación practicada en el intervalo de las contracciones del útero revela la irregularidad, y sobre todo la lentitud de los latidos del corazón del feto, es la intervención que más garantiza los intereses de la madre, sin hacer correr serios peligros al niño, si la cabeza de éste es tomada por el diámetro fronto-mastoideo y tiene dimensiones normales.

Los peligros de exagerada compresión, señalados por los Profesores Faraueuf y Varnier, que sufre la cabeza del feto, me parecen exagerados si la desproporción entre ésta y la capacidad de la pelvis no es muy considerable; y sólo acepto que las cucharas del Fórceps obren sobre la cabeza del feto como obran los brazos de un portalápiz cuando se juntan éstos por el anillo que sirve para oprimir el carboncillo, en las pelvis cuyo menor diámetro es inferior a 85 milímetros. En este último supuesto, sí creo, según los cálculos del Profesor Fara-

veuf, que la compresión ejercida por las ramas del Fórceps sobre la cabeza del feto sea representada por la fuerza de tracción multiplicada por diez, compresión sin duda alguna muy peligrosa, pues equivaldría a 400 kilogramos, supuesto que la tracción en estas difíciles aplicaciones es de 40 kilogramos y a veces aun de más.

Los obstáculos que por parte del feto se presentan para su expulsión, son principalmente las dimensiones exageradas de la cabeza o la osificación prematura de las suturas y fontanelas. También los fetos muy desarrollados, es decir, los muy voluminosos, y que todas sus dimensiones son exageradas, hacen la marcha del parto muy difícil o quizá imposible sin la intervención instrumental.

El pequeño volumen de la cabeza del feto suele hacer difícil el parto, porque se extiende y por su pequeñez sufre menos el esfuerzo uterino y la acción directiva de la pelvis, dando por esto lugar, algunas veces, a una prolongación peligrosa del trabajo.

La mala posición de la cabeza suele también ser poco favorable a la terminación espontánea del parto, y desde este punto de vista suelen las posiciones occípito-posteriores y con mayor frecuencia las mento-posteriores, ser indicaciones del Fórceps, desde el momento en que la fuerte compresión de las partes blandas maternas hace temer su mortificación, o bien desde el instante en que el meconio empieza a salir de los órganos genitales maternos bien mezclado al líquido amniótico y la auscultación obstétrica revela la interrupción prolongada de la circulación útero-placentaria.

Las procidencias de los miembros y del cordón umbilical acompañando a la cabeza del feto, son también indicaciones formales de terminar el parto por el Fórceps.

Pero, sin duda alguna, las indicaciones más frecuentes de esta pinza, por parte del feto, son las anomalías en el mecanismo del parto. Así, la falta de rotación en las posiciones occípito-posteriores y principalmente en las mento-posteriores; la falta de extensión en las presentaciones de la cara y la rigidez que da al tronco al levantamiento de los miembros inferiores en la presentación de nalgas, llamada modo de nalgas, suelen imponer la necesidad de terminar artificialmente el parto, y lo mismo impone la brevedad congénita o accidental del cordón.

Como se ve, las indicaciones del empleo del Fórceps son numerosas, y estudiarlas todas, equivaldría a hacer un resumen de todos los capítulos de un tratado completo de distosia.

Este instrumento conviene especialmente a las presentaciones ya bien encajadas en la excavación pélvica, pues este canal tiene dimensiones apropiadas para ser recorrido por la cabeza del feto en las condiciones normales, y en realidad puede decirse que la fija y la ofrece a las cucharas del Fórceps; y cuando las cucharas son bien colocadas, la cabeza puede y debe ser sólida y regularmente agarrada, sin que llegue a escaparse a la acción del instrumento articulado. En cambio, las probabilidades de escape son fáciles cuando la cabeza está colocada arriba del estrecho superior, supuesto que su excesiva movilidad hace muy difícil la aplicación correcta, de aquí el que la operación sea tanto más fácil cuanto más la cabeza haya descendido en la excavación.

He enumerado, si no todas, sí las principales oportunidades que en la práctica dan ocasión a intervenir con el Fórceps y creo, para simplificar la cuestión y siempre desde un punto esencialmente práctico, poder reunir las indicaciones en sólo dos grandes grupos: el primero, que comprenderá las indicaciones

que dependen de un estado patológico de la mujer, independiente del estado puerperal; el segundo, que comprende las anomalías del parto y los accidentes generales o locales que sólo se presentan durante el trabajo.

El primer grupo comprende todas las afecciones agudas o crónicas que puedan ser agravadas por los esfuerzos del período expulsivo, y son: las afecciones orgánicas del corazón, que han sido descompensadas y que presentan síntomas de asistolia ó de edema pulmonar; la tuberculosis del pulmón en el segundo o en el tercer período; el enfisema pulmonar, y las hernias irreductibles. En todas estas afecciones la terminación del parto por el Fórceps, si el feto se presenta por el vértice, debe ser considerada como la mejor manera de terminar el embarazo complicado.

Las indicaciones que se presentan durante el parto están constituídas, bien por complicaciones del orden general, como las hemorragias graves, el estado sincopal, el delirio agudo, los estados congestivos del cerebro, los accesos eclámpticos, el agotamiento extremo de la parturienta consecutivo a trabajo largo y laborioso, desde el momento en que la temperatura se eleva y el pulso se acelera, o bien lo están por complicaciones locales de origen maternal o fetal. Por parte de la madre, enumeraré los obstáculos a la marcha regular del parto que pueden haberse conocido desde el embarazo, pero que se han creído susceptibles de ser vencidos por los esfuerzos naturales, como son, entre otros, los tumores de pequeño volumen implantados en la pequeña pelvis, los pequeños quistes de la vagina, los estrechamientos moderados de la misma o de la vulva y la mala dirección de la ventana vulvar. Hay otros obstáculos que sólo pueden ser apreciados en el período expulsivo, como son: la resistencia que suele a veces presentar el himen, el cóxis o las partes blandas del perineo.

El Fórceps no debe ser aplicado en todos los períodos del trabajo de parto, sino que es absolutamente necesario que se hayan realizado antes las cuatro condiciones siguientes:

*Primera.* Que se conozca con exactitud la presentación y posición del feto a la vez que el grado de encajamiento, la inclinación y flexión de la cabeza. Y como suele suceder que se presente dificultad para establecer este diagnóstico cuando se haya formado una jiba serosanguínea voluminosa que oculte las suturas y fontanelas, recordaré que en este caso se debe introducir profundamente la mano en los órganos genitales hasta encontrar la oreja correspondiente del feto, para apreciar la dirección del borde libre del pabellón, así como la del ángulo diedro formado por este pabellón y la región mastoidea, que siempre ven hacia el occipital;

*Segundo.* Que se haya roto la bolsa de las aguas para evitar que las membranas sean agarradas entre la cara cóncava de las cucharas y la cabeza del feto, y al hacer las tracciones se estiren, se desprenda la placenta y se produzca hemorragia, siempre grave y en relación con la extensión del despegamiento;

*Tercero.* Que el orificio del útero esté enteramente dilatado o suficientemente dilatado para permitir la introducción de las cucharas y la extracción del feto, sin ocasionar desgarradura o traumatismo peligroso del cuello de la matriz. Este es quizá el más importante de los requisitos, puesto que garantiza que la aplicación del Fórceps sea enteramente inofensiva para la madre y para el feto;

*Cuarto.*—Que no haya entre el volumen de la cabeza del feto y las dimensiones de la pelvis materna desproporción notable.

Estas son, a mi juicio, las verdaderas condiciones indispensables para con-

seguir el desembarazamiento de la matriz sin ocasionar traumatismos peligrosos para la madre y para el engendro.

Algunos autores exigen que el feto se encuentre presentado por el polo céfálico doblado o extendido y no admiten la aplicación del Fórceps ni sobre el polo córnico, ni aun sobre la cabeza detenida después de la expulsión o extracción del tronco en las presentaciones de nalgas o del plano lateral. Yo, cómo sí ereo muy útil el Fórceps para extraer la cabeza detenida en la pelvis, en último término, no admito esta condición como necesaria.

Tampoco acepto como necesario que el feto esté vivo, pués si en verdad estando muerto no debe tomarse en consideración alguna y sea ventajoso antes de extraerlo reducir su volumen para evitar todo traumatismo posible del canal pelvi-genital materno, en la clientela civil impresiona fuertemente a la parturienta y a su familia recibir un niño triturado. De aquí el que si hay relación entre las dimensiones del canal pelvi-genital y la cabeza del feto, se dé la preferencia al Fórceps para extraer á éste aun muerto, teniendo siempre la precaución de avisar a la familia su defunción. Si hay algún estrechamiento, por pequeño que éste sea, o si la cabeza del feto es muy voluminosa, se debe, a no dudarlo, recurrir a la baseotripicia, supuesto que la muerte del feto obliga al partero a evitar todo traumatismo al aparato genital de la madre.

El Fórceps manejado con destreza, es decir, sin traumatizar el aparato genital de la madre y la cabeza del feto, tanto durante la introducción, colocación y articulación de las ramas, como al hacer las tracciones, debe ser inofensivo y su misión será realizar la desocupación de la matriz sin ocasionar lesiones peligrosas a la madre y al niño. En esta virtud, es un instrumento conservador y benéfico para los intereses de la madre y de su engendro. Y si el Fórceps, sea cual fuere el ejemplar, manejado por manos hábiles, es realmente útil, es innegable que un buen modelo tiene evidentes ventajas. El que yo prefiero es el del Profesor Tarnier, porque realiza, quizá como ninguno otro, las ventajas siguientes: Tener dimensiones, peso y forma que permiten su introducción dentro del organismo materno, sin que ocasione traumatismos peligrosos; poseer en su eje curvatura apropiada para adaptarse a la curvatura del canal pelvi-genital y poder ser llevado hasta el estrecho superior, porque permite así ser conducido hasta tomar regularmente la cabeza, sea cual fuere la altura en la cual ésta se encuentra. Las cucharas tienen una curvatura en sus caras que consigue bien adaptarlas sobre la cabeza del feto; pues que entrambas circunscriben un ovoide de dimensiones proporcionadas a las de la cabeza de un feto a término y sin ejercer sobre ella compresiones peligrosas.

La separación entre el aparato de presión y el de tracción deja al feto toda su movilidad, para que durante la extracción pueda ir adaptando su forma y dimensiones a la capacidad y dimensiones del canal genital materno. En una palabra, el Fórceps Tarnier permite al tocólogo hacer las tracciones siempre proporcionadas y con fuerza bien determinada, en la dirección del eje del canal vagino-vulvar, sin ocasionar traumatismo peligroso a la pelvis materna, y como la fuerza de tracción se encuentra aplicada cerca del centro de figura, toda ella es única y exclusivamente favorable a la progresión de la cabeza. Presenta en los mangos de presión una aguja indicadora que a cada momento señala el sentido en el cual deben ser hechas las tracciones. Por estas razones ereo el Fórceps Tarnier un instrumento ideal.

De todo lo expuesto, ereo poder inferir las conclusiones siguientes:

*Primera.*—La aplicación del Fórceps tiene indicaciones muy precisas.

*Segunda.*—Un parto que se realiza por los esfuerzos naturales, es siempre más inofensivo, tanto para la madre como para el feto, que el que se termina por el Fórceps, por más hábil y correcta que sea hecha la aplicación.

*Tercera.*—Toda operación que no esté indicada, puede traer graves consecuencias para la madre, para el niño o para ambos a la vez, y debe ser considerada como falta punible.

*Cuarta.*—En los estrechamientos moderados de la pelvis, es decir, en los que el diámetro menor tiene más de 85 milímetros, la aplicación alta del Fórceps en el estrecho superior, siempre que la cabeza sea bien fijada a la entrada de la pelvis y se tome por el diámetro fronto-mastoideo, es la operación que más garantiza los intereses de la madre, sin perjudicar los del feto, si sólo se practica después de haberse realizado las condiciones necesarias para poder aplicar el instrumento.

*Quinta.*—La inercia del útero y de los músculos abdominales no constituye, en la generalidad de casos, indicaciones de aplicar el Fórceps.

*Sexta.*—Las contracciones uterinas de larga duración, enérgicas, sostenidas y aproximadas, son formal y apremiante indicación para terminar el parto, desde el momento en que el orificio de la matriz está suficientemente dilatado, rotas las membranas, y siempre antes de que se declare el tetanismo del útero.

*Séptima.*—Las anomalías en el mecanismo del parto, y la resistencia del coxis (por el vigor del músculo elevador coxi-perineal) para dejarse proyectar hacia atrás, son las más frecuentes indicaciones que imponen el empleo del Fórceps.

*Octava.*—Un conocimiento profundo del mecanismo del parto y una sagaz y juiciosa apreciación de los esfuerzos que a veces emplea la naturaleza para salir airosa en determinados casos de distocia, son condiciones necesarias para asegurar el éxito de la aplicación del Fórceps.

*Novena.*—La asepsia y la antiseptia son precepto de rigor en ésta como en toda operación obstétrica, y

*Décima.*—Las aplicaciones de Fórceps por condescendencia, deben ser proscritas.

México, abril 9 de 1913.

*Alberto López Hermosa.*