
GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TRABAJOS ORIGINALES.

Dificultades de la versión podálica.

Las operaciones que con más frecuencia tiene el partero que practicar, son las aplicaciones del forceps y la versión. Esta última intervención consiste en desalojar del estrecho superior y llevar a la entrada de la excavación, una región del feto distinta de la que se presenta y que sea más favorable para la terminación del parto.

Este cambio de presentación puede realizarse de tres maneras: 1º Por maniobras externas; 2º Por maniobras internas; y 3º Por manipulaciones a la vez externas e internas o sea por maniobras mixtas.

La versión interna es operación que suele hacerse con relativa facilidad si el partero es solicitado en tiempo oportuno, encuentra adecuada relación entre el volumen del feto y las dimensiones del canal pelvigenital, y movilidad suficiente del feto dentro del claustro materno, bien porque las membranas estén intactas o bien porque se hayan desgarrado recientemente y el líquido amniótico se conserve en cantidad suficiente para permitir, sea aquél movilizado. Pero estas condiciones no siempre se encuentran reunidas y entonces se presentan dificultades con cuyo estudio me voy a ocupar.

* * *

La ejecución de la versión puede, y no con escasa frecuencia, presentar dificultades que deben ser bien conocidas de los parteros, porque si algunas son ligeras y susceptibles de ser vencidas con relativa facilidad, otras son de tal manera considerables, que requieren un modo especial de intervención, del cual depende el éxito operatorio.

Como estas dificultades pueden presentarse en los tres tiempos de la versión, las estudiaremos en el orden en que generalmente se observan.

DIFICULTADES DEL PRIMER TIEMPO.

Pueden aparecer: 1º En la vulva y la vagina; 2º En el cuello del útero; y 3º En la cavidad de la matriz.

1º *En la vulva y la vagina.*—La primera dificultad puede ser sólo debida a la indocilidad de la mujer si no se le ha anestesiado; consiste en una agitación o movilidad continua que impide que los tejidos de la región vulvo perineal, se abran y se dilaten en grado bastante para permitir la introducción de la mano. En estos casos es suficiente, para hacer cesar la resistencia e inquietud de la parturiente, hacerle inhalar vapores de cloroformo.

Puede el anillo vulvar encontrarse muy estrecho y hacer difícil el paso de la mano del operador: en este caso no hay que violentarse y querer intentar penetrar con fuerza en la vagina, pues correríase el peligro de desgarrar los tejidos del perineo. En vez de ejercer violencia, se debe proceder con prudencia, lentitud y suavidad a introducir la mano adecuada, bien lubricada con vaselina antiséptica. Se llega así a distender progresivamente el anillo vulvar y se consigue al fin vencer la dificultad.

La vulva puede estar muy edematosa, y el abultamiento que resulta de la infiltración serosa de su abundante tejido céluloadiposo, estrecha su cavidad; en este supuesto se obrará como en el caso anterior, y si se encuentran tumores, vegetaciones o trombos no muy voluminosos, quizá también empleando la misma maniobra se venzan estos obstáculos; pero si los neoplasmas o las vegetaciones fuesen muy grandes o numerosos e hicieren imposible la introducción de la mano que con perseverancia, lentitud y progresiva presión se hubiese empleado sin éxito, se debe proceder a su substracción,

o a hacer una vía artificial, si el feto estuviese vivo; a la embriotomía si está muerto.

Presiones suaves, progresivas y continuas, hechas con la mano esmeradamente esterilizada y lubricada con vaselina antiséptica, bastan generalmente para vencer la dificultad que opone la estrechez congénita del orificio inferior de la vagina y la contractura del constrictor de la misma.

Ya en la vagina la mano puede ser detenida por obstáculos de diversa naturaleza, como atresia, bridas, tumores, etc., que pueden hacer difícil el paso de la mano y con mayor razón entorpecerían el del feto.

La estrechez simple de la vagina que se observa en algunas mujeres y que el tacto vaginal hace conocer por el calibre pequeño y la poca extensibilidad en el sentido transversal, suele oponer un ostáculo a veces serio a la penetración de la mano, pero que generalmente se logra vencer introduciendo con suavidad los dedos aislada y sucesivamente: primero el índice, en seguida el medio, el anular etc., hasta llegar a conseguir que pase toda la mano. Esta maniobra debe hacerse siempre bajo anestesia clorofórmica.

Igual conducta requiere el estrechamiento cicatrizal, principalmente cuando por el hecho de la gestación los tejidos, normales y patológicos, se han reblandecido suficientemente. Pero si el reblandecimiento ha sido muy poco acentuado y el tejido de cicatriz poco elástico no permite el paso de la mano, antes de producir desgarros graves por la pretensión de vencer el obstáculo con violencia, se debe preferir crear una vía artificial al feto si está vivo y tiene probabilidades de vivir.

La resistencia que a veces presentan los músculos elevadores del ano (debida a un tono exagerado o a su contractura que ocasiona una especie de vaginismo superior) se consigue dominar por la anestesia clorofórmica.

Las conformaciones anormales de la vagina que consisten en estrecheces, en bridas y tabiques o en abocamientos anormales, son causas importantes que hacen difícil y aun imposible el primer tiempo de la versión.

Como fácilmente se comprende, la atresia congénita puede presentarse en grados variables, pero sólo consideraremos aquellos en los cuales el estrechamiento es tal, que constituye una verdadera deformación.

La atresia puede presentarse bajo forma anular y únicamente interesar un segmento del conducto vaginal, o bien comprender toda la altura del tubo vaginal.

La pared de la vagina que ordinariamente es lisa, no presenta ni el carácter rugoso y áspero, ni la dureza que caracteriza la estenosis cicatrizal; pero el calibre está más o menos estrecho: el dedo penetra con dificultad hasta el fondo de la vagina.

Es evidente que las relaciones sexuales tienen que ser incompletas, pero sin embargo, el embarazo se produce, y el pronóstico del parto tiene que estar en relación con el grado y extensión del estrechamiento. Y si en estas condiciones, la mujer ofrece una presentación transversa, o su pelvis es

oblicua oval y la región occipital del feto corresponde a la porción más estrecha y la versión se impone, las dificultades a la penetración de la mano tienen que ser muy considerables. Puede suceder que, reblandecidas por el embarazo las paredes de la vagina cedan a una presión suave y sostenida de la mano y que se consiga una amplitud suficiente para permitir el paso del feto; pero el hecho es bien excepcional. Lo importante en tan angustiosos casos, es intentar, aunque sin exceso de fuerza, una dilatación manual si el grado de reblandecimiento hace esperar que pueda ampliarse el conducto suficientemente para que permita no sólo la introducción de la mano, sino el paso del feto en un espacio de tiempo que no comprometa la vida de éste. En algunos casos, quizá sea conveniente colocar un globo de Champetier de Ribes e hincharlo muy lenta y progresivamente, para que una vez logrado cierto grado de dilatación, se continúe con la mano hasta que adquiera un grado adecuado; pero se debe ser muy prudente en cuestión de escarificaciones, generalmente peligrosas y de resultados nada halagadores.

En los casos en los cuales la extracción del feto por las vías naturales es imposible o cuando la duración de la intervención parece incompatible con la vida del niño, o bien cuando la madre se expone a grandes peligros por el traumatismo inherente a la operación o a la duración de ésta, se debe recurrir, en tiempo oportuno, a la operación cesárea eligiendo el método operatorio más adecuado al caso clínico.

Las bridas y tabiques verticales suelen oponer obstáculo a la penetración de la mano, pero en estos casos basta la simple sección, previo machacamiento, con unas pinzas de forcipresura, si el tejido que la constituye fuese muy vascular.

Los tabiques transversales, cuyo número puede variar de uno a tres o cuatro, están constituidos por diafragmas más o menos completos, perforados por uno o varios orificios pequeños que en algunos casos apenas permiten el paso de un estilete delgado.

Estos tabiques que el Dr. Delaunay ha estudiado bien, desde el punto de vista de sus relaciones con el parto, son un obstáculo serio en el primer tiempo de la versión. Es claro que las dificultades que oponen a la introducción de la mano están en razón directa con el número, grado de resistencia, amplitud de su perforación, etc.

El tratamiento consiste en seccionarlos prudentemente con tijeras de punta arredondada a por dos incisiones perpendiculares una a otra.

El embarazo no es incompatible con un abocamiento o terminación anormal de la vagina en el recto o en la uretra, porque en ausencia de abertura de la vagina en la vulva, las relaciones sexuales se pueden verificar por el ano o aun por la uretra, que generalmente está muy dilatada. Y si en estas condiciones anormales, el feto se encuentra al momento del parto en presentación transversa, que no habiendo sido reconocida durante los últimos meses del embarazo, no se ha transformado en tiempo oportuno, ¿se podrá intentar la extracción a través del recto o de la uretra aun dilatados exageradamen-

te?... Es seguro que no, dado que estos conductos por reblandecidos y amplificados que estén jamás podrán permitir ni la introducción de la mano, ni menos el paso del feto sin ser extraordinariamente traumatizados al grado de comprometer muchísimo la vida de la mujer y la del niño. Estos casos que seguramente ameritan la operación cesárea practicada en tiempo oportuno para garantizar ambas vidas, seguida de la restauración o translación del orificio vaginal a su sitio normal, no deberían enumerarse entre las causas que hacen difícil la versión.

La estenosis extensa de la vagina originada por tejido de cicatriz consecutivo a traumatismos accidentales o quirúrgicos, o a quemaduras extensas, puede crear serios obstáculos a la versión, que requieren un buen juicio clínico por parte del partero, para apreciar debidamente la situación, e imponer, con toda oportunidad, el tratamiento que con menos peligros dé más garantías a la madre y a su engendro. Deben tomarse en seria consideración, la extensión de la atresia cicatrizal, el grado de reblandecimiento que el embarazo ha hecho en estos tejidos anormales, el grado de amplitud del canal y el que puede llegar a darse a todo el conducto vaginal por medio de procedimientos sencillos e inofensivos, a la vez que de utilidad positiva, como son las inyecciones abundantes y repetidas con suero artificial a 47° centígrados, la dilatación manual o por medio del globo de Champetier de Ribes, etc.

Si estos medios, enteramente inofensivos para la madre y el niño, permiten obtener un grado de dilatación suficiente para introducir la mano y que el feto pueda atravesar dicho conducto vaginal, es evidente que a ellos se recurrirá, procurando en su ejecución actividad a la vez que juiciosa prudencia, dentro de los límites convenientes, para no comprometer la vida de ambos seres con una exagerada pérdida de tiempo. Pero si la vagina se encuentra estrecha en toda su altura, si el espesor del tejido cicatrizal es considerable, si la infiltración gravídica no ha producido un reblandecimiento y elasticidad suficientes, que permitan la ampliación necesaria para el paso de la mano y del feto, se impone la operación cesárea si el niño está vivo, y la embriotomía si ha cesado de vivir. Recurrir a ampliar el conducto vaginal por medio de incisiones, es un recurso altamente peligroso para la madre y que debe ser proscrito.

Además de una infiltración y acumulación de sangre en el tejido celular submucoso, pueden observarse otros tumores que suelen salir de la vagina y estrechan en grado variable este conducto, como son las hernias de los órganos vecinos, recto, etc., cistocele y enteroceles.

La vagina puede presentar verdaderos neoplasmas, como pólipos, cáncer, etc., y si a veces, ya porque se pueden desalojar, o reducir y expedir la vía, ya porque sean de pequeño volumen, la introducción de la mano y el paso del feto sean posibles no obstante su presencia, suelen en determinadas condiciones oponer dificultades a veces infranqueables al primer tiempo de la versión.

El partero debe procurar expedir la vía desalojando los pólipos, reduciendo las hernias, procurando siempre ocasionar el menor traumatismo

posible; pero si no puede llegar a un resultado satisfactorio y el calibre del conducto genital no permite paso al feto, no debe vacilar en crear a éste, en tiempo oportuno, una vía artificial. En efecto, la operación cesárea aséptica hecha antes de la infección del amnios, y no habiendo ocasionado traumatismo de importancia a la madre o a su engendro, proporcionan resultados halagadores.

El prolapso de la vagina generalmente asociado al descenso de la matriz impone la completa reducción, para expeditar el canal genital.

2º *En el cuello.*—Al llegar la mano al cuello de la matriz, puede encontrar incompletamente dilatado el orificio externo. Este accidente, con seguridad no debe presentarse en los casos normales supuesto que una de las condiciones necesarias para intentar la versión, es que el cuello esté enteramente dilatado o sea muy dilatable para permitir el paso del feto sin ser peligrosamente maltratado. Pero cuando se trata de un caso en el cual es urgente la terminación del parto, se introduce la mano con el propósito deliberado de completar con ella la dilatación. Entonces y si el caso no es apremiante, es decir, si no existe un peligro inminente que amenace la vida del niño o la de la madre, se retira la mano de la vagina y se espera, para intervenir de nuevo, a que el cuello se dilate. Aun se puede acelerar la dilatación por medio de abundantes inyecciones vaginales de suero artificial a 47° centígrados. Puede también recomendarse que en el intervalo de las inyecciones, se coloquen sobre el cuello tapones de algodón esterilizado bien empapados en la misma solución de cloruro de sodio a la temperatura de 48° a 50° centígrados.

Suele suceder que, al intentar franquearlo, el orificio externo del cuello se contraiga de una manera espasmódica, e impida que la mano pueda atravesarlo. Esta contracción puede ser transitoria, y en este caso, después de una espera prudente, el anillo se relaja y permite que la mano lo franquee; pero si la contractura persiste, debe renunciarse a luchar directamente contra un obstáculo invencible y tratar de que cese el espasmo cervical por medios inofensivos, como las abundantes inyecciones vaginales con solución de cloruro de sodio, a la temperatura de 47° centígrados, una lavativa con cloral y láudano, una inyección subcutánea con solución de morfina y atropina, y principalmente las inhalaciones de cloroformo. Es enteramente excepcional que el espasmo no ceda por estos medios aislados o combinados.

Ya hemos estudiado las diferentes rigideces de que el cuello del útero puede ser afectado, así como todo lo que se refiere a los neoplasmas benignos y malignos que se presentan en esta región.

La mano puede encontrar la placenta viciosamente insertada en el segmento inferior, obstruyendo total o parcialmente el cuello. La mejor conducta en estos casos, consiste en despegar rápidamente los cotiledones del lado en el cual las membranas estén más accesibles; y una vez que éstas se alcanzan, se les rompe violentamente, se penetra en el huevo, se toma el buen pie, y se hace descender la pelvis del feto hasta apoyarla sobre el segmento inferior del útero. Al estirar el miembro inferior que se ha extraído

fuera de la vulva, se oprime su pelvis sobre la parte del disco de la placenta que aun haya quedado adherida al segmento inferior y se suspende así la hemorragia ya preexistente o que se determina por el despegamiento de la porción placentaria, supuesto que tanto la placenta como los vasos útero-placentarios desgarrados, quedan comprimidos por el polo pélvico del feto sobre las paredes huesosas y resistentes de la pelvis de la parturiente. Pero a la vez, se suspende la circulación fetoplacentaria y el feto muere asfixiado, si rápidamente no se le substraer a este gravísimo peligro, extrayéndolo con rapidez.

Un principio de encajamiento de la presentación en el anillo que constituye el estrecho superior, puede impedir a la mano penetrar en la cavidad del útero. Estas regiones toconómicas son la cabeza o el hombro, y se impone alejarlas de la entrada de la excavación pélvica, levantándolas e inclinándolas hacia el lado más conveniente para facilitar el descenso del polo pélvico, que debe venir a sustituir a la región que se desea alejar del estrecho superior. Pero si fuere imposible levantar esta parte del feto, después de haberlo intentado con esfuerzo moderado para no traumatizar los tejidos de la madre y del niño, el tocólogo deberá abstenerse de continuar intentando la versión, formalmente contraindicada en ciertas circunstancias, pues uno de los requisitos necesarios para realizar esta operación con entera inocencia para ambos seres, es que no *haya encajamiento de la región que se presenta*. En éstas, ciertamente, desfavorables condiciones, se debe recurrir al fórceps o a la palanca mensuradora del Prof. Farabeuf, si el feto está vivo, se presenta por el polo cefálico, y hay proporción adecuada entre su volumen y la capacidad de la pelvis materna; a la basiotripsia o a la embriotomía, por el corte acromioaxilar del Prof. don Aniceto Ortega, si está muerto.

3º *En el útero*.—Una vez llegada a la cavidad de la matriz, la mano puede ser molestada y entorpecida en su marcha hacia los pies del feto, por las contracciones del útero que su sola presencia basta para provocar. El operador debe detenerse y esperar la relajación de la abundante musculatura de la matriz, y sobre todo del anillo de Bandl. Pero a veces las contracciones son de gran duración y de tal energía, que el brazo fuertemente comprimido se adormece o inmoviliza. En estos casos se le debe sacar, excitar su vigor por un chorro de agua caliente y esterilizada, para volverlo nuevamente a introducir pasados algunos minutos. O bien, puede recurrir a la otra mano.

El tetanismo del útero es seguramente una de las más graves dificultades de la versión. Es a veces provocado por la intempestiva administración del cuernezuelo de centeno o de sus preparaciones farmacéuticas. Hoy felizmente, la vulgarización de la sabia a la vez que humanitaria prescripción de nuestro maestro el Sr. Prof. don Juan María Rodríguez de *jamás administrar el cuernecillo de centeno y el zihualpatl o sus derivados, antes de la desocupación completa del útero grávido*, han disminuído en notabilísima proporción el número de casos de tetanismo de la matriz, por tan peligrosa causa. Pero aunque raro, el hecho suele presentarse, y la versión es o enteramente imposible o muy peligrosa; mas afortunadamente es bien sabido, que no debe intentarse cuando el útero está fuertemente contraído, y el verdadero clíni-

co debe respetar tan justificada proscripción. Así es que únicamente nos limitamos a señalar esta complicación, para recordar los peligros de rotura del útero que evidentemente se producirá por una versión forzada.

La conducta más racional, en tan angustiosos casos, es procurar hacer que cese el tetanismo por grandes baños calientes, por lavativas con dosis altas, aunque dentro de la dosificación inofensiva, de cloral y láudano, por inyecciones subcutáneas de morfina y atropina, y principalmente por inhalaciones de cloroformo. Estos medios, sea aislados, sea asociados, bastan generalmente para vencer tan tenaz contracción; pero en el caso excepcional de no conseguirlo, como el niño generalmente está muerto, es a la embriotomía, por el corte acromioaxilar, a la que debe recurrirse para desocupar la matriz; operación que inofensivamente se realiza sujetándose estrictamente a los preceptos antisépticos, si se hace en tiempo oportuno, es decir, antes de que las fuerzas vitales de la parturiente se agoten y de que la cavidad amniótica se infecte. En efecto, la operación es bien sencilla, si se realiza en corto tiempo y sin traumatizar los tejidos del organismo materno.

La retracción del anillo de Bandl, que los ilustrados profesores Budin y Demelin han estudiado concienzudamente en sus relaciones con la versión, es también una de las más serias dificultades del primer tiempo. Esta retracción patológica suele observarse igualmente en los otros dos tiempos de la versión.

Cuando se presenta, dos casos pueden observarse.

En el primero, el feto ha quedado enteramente arriba del anillo de Bandl, y este orificio está cerrado al grado de no permitir el paso sino a uno o dos dedos, en su abertura. La mano llegada al segmento inferior demuestra que esta región del útero grávido se encuentra flácida y vacía, y siente, a través de sus tejidos blandos, el anillo retraído.

El medio mejor para vencer esta dificultad, consiste en dilatar progresivamente este anillo por medio de los dedos, introduciéndolos aislada y sucesivamente uno después de otro, hasta conseguir dilatarlo completamente.

En el segundo caso, la región que se presenta (cabeza u hombro), queda abajo del anillo de contracción y ocupa el segmento inferior de la matriz y el resto del feto está arriba encerrado en la cavidad del cuerpo del útero. El anillo retraído oculta la mayor parte del feto, y el órgano de la gestación, es decir, el útero, toma la forma de un reloj de arena, cuya esfera inferior está constituida por el segmento inferior, delgado, extendido y poco resistente. La parte estrangulada o estrecha, es el verdadero anillo de contracción, y la esfera superior está formada por el cuerpo del útero más o menos retraído.

El diagnóstico se hace por la vista, por la palpación y por el tacto, medios que hacen conocer la forma, la consistencia del útero y el tono del anillo retraído.

La intensidad de la constricción producida por el anillo de Bandl, es variable. Cuando no es muy pronunciada, la introducción de la mano llega a ser posible con sólo saber ser paciente y procurar ir poco a poco venciendo

la resistencia, introduciendo los dedos aisladamente como se dijo ya, pues a no dudarlo, éstos acabarán por dilatar el anillo y conseguir que la mano lo atraviese.

Pero se encuentran casos, aunque en realidad bien raros, en los cuales el anillo de Bandl se ha retraído a tal grado que bien se le puede comparar a un círculo metálico que deja un surco a veces muy profundo, en el tronco del feto, sobre la parte que estrangula.

Como ejemplo de esta aserción, citaremos los casos relatados por los DD. Barbour y Treub. El primero fué comunicado a la Sociedad Obstétrica de Edimburgo: se refería a una mujer llevada ya en período agónico al Hospital, donde sucumbió pocos minutos después de su ingreso. En el molde de la matriz congelada, que el Prof. Budin examinó y del cual presentó una reproducción a la Sociedad Obstétrica de París, se veía un círculo muy saliente que representaba el anillo de Bandl, que al penetrar o hundirse en los tejidos del feto, dejó una notable depresión abajo de los hombros.

En el caso relatado por Treub a la misma Sociedad Obstétrica de París, el año de 1898, la mujer tenía la pelvis estrecha, y el anillo de contracción se encontraba muy alto. El Dr. Treub opinaba por practicar la basiotripsia, pero el Dr. Vander Meij, en el servicio de quien se encontraba la parturienta, prefirió hacer la operación cesárea. Al seccionar la pared anterior del útero encontró el anillo de Bandl extraordinariamente retraído y comprimiendo tan fuertemente los brazos del niño, un poco abajo de los hombros, que había ocasionado un surco gangrenoso, poco profundo, pero muy bien caracterizado.

Cuando este anillo alcanza tal grado de retracción, la versión es imposible. Pero como entonces generalmente el feto ya ha muerto, no es la versión la intervención que se impone para desocupar a la matriz, supuesto que al pretender forzar el anillo de Bandl es muy fácil hacer un desgarró en el útero, de extensión difícil de prever: a la embriotomía se debe recurrir. Creemos conveniente hacer notar, que la expectación no ofrece ninguna ventaja, pues mientras más se espera, más aumenta la retracción; las inhalaciones de cloroformo muy rara vez producen el relajamiento del anillo de contracción, y en la mayoría de los casos no surten efecto.

En resumen, la retracción del anillo de Bandl rara vez opone un obstáculo invencible a la ejecución del primer tiempo de la versión. Sin embargo, cuando se presente, debe evitarse forzar con violencia este anillo, pues podría hacérsele estallar y extenderse el desgarró al segmento superior del útero. Así es que, en estas anormales condiciones, se debe proceder con toda delicadeza a practicar una completa exploración que permita reconocer con toda exactitud el grado de resistencia que presenta el anillo contraído, para obrar después según las circunstancias lo requieran.

Otra dificultad señalada por los autores, consiste en el trabajo que da al partero encontrar el pie o los pies del feto. Pero esta dificultad desaparece cuando sin vacilación ni detenciones, se lleva francamente la mano hasta el fondo del útero, pues una vez llegada a esta altura, es bien sencillo orientar:

se e ir directamente hacia el lugar donde con seguridad están en estos momentos; sirviéndose de la otra mano que se coloca sobre la pared anterior del abdomen, se reconocen estas extremidades del feto, siendo posible dirigirlas suavemente hacia la mano que está dentro del útero en busca de ellas.

No consideramos como dificultad el no llegar a encontrar los dos pies, pues a no dudarlo, se hace evolucionar fácilmente al feto, tomando y haciendo tracción sobre uno solo. A veces no se consigue siquiera llegar hasta el pie bueno, por impedirlo la aparición inesperada de contracciones de larga duración, y como éstas pueden ser provocadas por la presencia de la mano dentro de la matriz, basta tomar al feto por una rodilla o más bien por el hueco poplíteo que presta mayor solidez a la presa, pues se hace evolucionar muy bien al niño tomando con uno o dos dedos, como con un gancho elástico, sólido e inofensivo, el miembro inferior del producto, flexionado normalmente.

Se presentan casos, aunque raros, en que la mano no puede llegar a alcanzar ni el pie ni aun la rodilla, porque el estado de retracción de la matriz no le permite pasar del polo pélvico; en estas condiciones varios autores recomiendan recurrir al procedimiento que el Dr. Guéniot designó con la denominación de *ano pelviano*, y que consiste: en hacer penetrar la mano hasta el fondo de la cavidad del útero ayudándose prudentemente del peso de su cuerpo; en tomar como punto de apoyo para las tracciones que deben ejercerse sobre el feto, el arco del pubis o la cara anterior del coxis y del sacro, sobre alguna de cuyas regiones se apoya un dedo, de preferencia el medio, que se introduce en el recto fetal.

El Prof. Budin cree, y en verdad que su creencia es justificada, que este procedimiento puede ser útil en los casos de embarazo gemelar, para evitar una confusión entre los miembros de los fetos, ya tomando uno de cada gemelo, o ya uno solo, pero del que no está abocado y que, como resultado de la tracción sobre él ejercida puede traer al estrecho superior otro polo, quedando dos regiones toconómicas iniciadas a la entrada de la excavación, lo cual constituiría una complicación muy seria.

En tesis general, y fuera de sus reales ventajas en los casos de preñez gemelar, el procedimiento de Guéniot, sólo es digno de aceptación cuando el niño está muerto, pues en feto vivo la introducción de un dedo en el ano, y tracciones enérgicas sobre un órgano delicado producen traumatismos no despreciables.

Para terminar el estudio de los diversos medios destinados a eludir o vencer las dificultades que pueden presentarse al atravesar el canal pelvigenital para lograr alcanzar los pies del feto, creemos conveniente mencionar la maniobra iniciada por Levret, nuevamente recomendada y modificada por Deutsch, que tiene por objeto hacer más accesibles los expresados miembros inferiores, y evitar una introducción muy profunda de la mano dentro de la matriz. Supongamos, por ejemplo, una presentación de hombro. La mano, una vez que ha penetrado dentro de la matriz, rechaza el tronco del fe-

to de abajo a arriba procurando, a la vez, hacerle ejecutar un movimiento de rotación sobre su eje longitudinal, haciéndole dirigir sus pies hacia el orificio externo del útero. Para hacer fácil este doble movimiento de ascenso y de rotación, se coloca la mano introducida en el canal úterovaginal, de modo que el pulgar quede en la parte anterosuperior del tórax, la cara palmar de los otros cuatro dedos sobre la región escapular y el vértice del ángulo o más bien el arco que se forma en la separación del índice de los otros cuatro dedos, precisamente abajo de la axila del feto. Así adaptada la mano tiene un buen punto de apoyo y puede empujar al feto sin temor de lastimarlo.

Esta maniobra puede proporcionar algunos buenos éxitos; pero no es aplicable si el feto tiene dimensiones grandes, si no es susceptible de desalojarse, y si el líquido amniótico ha salido en totalidad.

Puede aún dificultar el primer tiempo de la versión, la presencia de las membranas desgarradas que flotan dentro del útero formando colgajos en los que se enredan los dedos, pero bastan algunos tanteos y una poca de paciencia para librarse de ese estorbo.

El cordón puede encontrarse enrollado alrededor de alguna región del feto, y como en este caso disminuye su longitud, puede esta brevedad dificultar la evolución del feto. En estos casos se debe procurar deshacer las vueltas y libertar el cordón a la vez que acomodarlo donde no pueda ser comprometido entre la cabeza del feto y el borde del estrecho superior o la pared de la pelvis huesosa.

Quedan aún por señalar dos dificultades que puede encontrar la mano del partero al penetrar en la cavidad del útero, y que aunque no son de importancia, deben ser tomadas en consideración. Una proviene de la excesiva movilidad del útero alrededor de su eje vertical; pero basta para dominar esta anormal movilidad, fijar sólidamente la matriz por las manos de un ayudante a través de las paredes del abdomen. La otra, que fué indicada por el Prof. Tarnier, consiste en una movilidad exagerada del feto que huye ante la mano que pretende cogerlo. Para vencer esta dificultad, es necesario fijar al niño, también por medio de las manos de un ayudante experto, aplicadas sobre las paredes del abdomen.

DIFICULTADES DEL SEGUNDO TIEMPO.

Si la versión se practica en el tiempo de elección, es decir, cuando existen todas las condiciones favorables que hemos mencionado, la evolución del feto se realiza con facilidad.

Si el pie cogido desliza y no puede tomarse con la solidez necesaria, se coloca un lazo que abraza la parte inferior de la pierna, pero puasto de manera que al estirarlo, no maltrate los tejidos que circunscribe; al ejercer las tracciones se hacen con el pie y con la cinta que forma el lazo. La aplicación de dicho lazo es muy fácil cuando el pie ha sido llevado hasta la vulva; pero si el pie está aún en la parte alta de la vagina o en la cavidad del útero, su colocación es muy difícil. Para estos casos, se ha aconsejado emplear instrumentos que se han llamado portalazos, que no presentan una positiva utilidad práctica, por lo que los autores están de acuerdo en considerar que ninguno supera a la mano del partero. Para colocar el mencionado lazo en la parte inferior de la pierna sobre los maleolos, lo acomoda el partero primero sobre su mano o muñeca, toma en seguida el pie del feto y con la otra mano hace deslizar hasta la pierna, el nudo corredizo que ha formado con la cinta; para lo cual, si pueden utilizarse simples pinzas largas de curación aplicadas sobre el nudo precisamente, se evita la deformación del lazo. Una vez que se ha logrado llevar el nudo a la región maleolar, se aprieta únicamente lo necesario para fijarlo. Esta maniobra es a veces difícil de realizar, y se tiene que repetir varias veces para conseguir su objeto, que como hemos dicho consiste en colocar sobre la parte inferior de la pierna del niño dicho lazo destinado a fijar el miembro y ayudar a la evolución. Van Huevel, para coger directamente la pierna, ha ideado unas pinzas largas cuyas ramas terminan por una pieza semicircular de dirección perpendicular al eje de la rama, y que forma un completo círculo o argolla al aproximarse ambas ramas. Con este anillo se toma sólidamente la pierna del feto. Cuenta también el arsenal obstétrico, con las pinzas podálicas de Auvard, análogas a las precedentes.

El Dr. Grinfeld, para evitar el deslizamiento de la mano al estirar el pie del feto, para hacerlo evolucionar, ideó un procedimiento muy sencillo e ingenioso, el *procedimiento del guante*. Introduce en la cavidad del útero la mano cubierta con un guante de hilo o de lana previamente esterilizado. El guante se lubrica únicamente en su cara dorsal, con vaselina de irreprochable esterilización, y el pie se toma con solidez, y así no desliza.

Este medio tan fácil de emplear, puede prestar grandes servicios y es muy superior a los lazos en lo que se refiere a la toma de los pies; pero hay casos en los cuales la aplicación de un lazo es indispensable, cuando se tiene

que hacer tracciones sobre un miembro situado aún en la vagina, como en la doble maniobra que mencionaremos un poco más adelante.

Cuando la versión se tiene que hacer después de la rotura de las membranas y cuando el útero se ha retraído, la evolución del feto no se realiza con facilidad y no está exenta de peligro. En efecto, las tracciones que se ejercen sobre el miembro inferior le atraen y aun la pelvis suele seguir este descenso, pero la región que se presenta (cabeza u hombro), no asciende, queda fija en el estrecho superior y hay tendencia al encajamiento simultáneo de dos regiones toconómicas del feto, en el estrecho superior.

Si este hecho se produce estando el feto presentado por uno de sus planos laterales, debe investigarse si el pie tomado, y sobre el cual se han hecho las tracciones, es el homónimo del hombro que se presenta. En efecto, suele suceder que al estirar sobre este miembro, sólo se consiga voltear el tronco del feto sobre su eje anteroposterior, y si a veces puede obtenerse la evolución en estas condiciones, no es menos cierto que, encontrándose el útero contraído, tiene menos probabilidades de conseguirse, que si se estira del miembro superior que es el antónimo del hombro presentado; porque con este último, si no se llega a hacer ejecutar al feto la doble revolución alrededor de sus dos ejes, transverso y longitudinal, sobre lo cual ha insistido tanto el Prof. Simpson, se desalojará al menos el hombro del estrecho superior. Así es que, está enteramente justificado que cuando se hubiere tomado el pie inferior, y que la evolución no se realice en lo absoluto, porque el hombro presentado no ascienda, se busque el pie superior y sobre él se hagan las tracciones. Y si aun empleando este recurso, enteramente inofensivo, la transformación de la presentación continúa irrealizable, se debe recurrir a los medios que pasamos a exponer, y que también son aplicables a las presentaciones del polo cefálico doblado o extendido.

El Dr. Charles aconsejó continuar las tracciones sobre el pie sólidamente tomado, pero ayudándose por presiones que la otra mano hace sobre la cabeza del feto, a la cual empuja, a través de las paredes del abdomen y del útero, procurando llevarla hacia arriba; es decir, al fondo de la cavidad del útero.

Si aun recurriendo a medida tan racional no se consigue el cambio de presentación, se puede recurrir a la doble maniobra del Dr. Justino Sigmundin, que consiste en que una mano se emplea en hacer tracciones sobre una cinta con la que se ha lazado la parte inferior de la pierna del feto, mientras que la otra introducida en la vagina hasta apoyarla sobre la región que está presentada sirve para rechazar hacia arriba a esta región toconómica.

Para rechazar la cabeza servíanse antiguamente de instrumentos llamados rechazadores, que actualmente están enteramente abandonados.

La doble maniobra es un excelente recurso, pues gracias al doble movimiento simultáneo de tracción sobre el pie, y de elevación de la cabeza, se logra, en muchos casos difíciles, realizar la evolución completa del feto. Pero no debe contarse con ella cuando el útero esté enteramente tetanizado. En estos casos debemos abstenernos de toda maniobra enérgica que evidentemente no realizaría el objeto deseado y determinaría la rotura de la matriz.

Además, la contracción fuerte y sostenida de las fibras musculares del útero grávido, ocasiona, a no dudarlo, la muerte del feto por suspensión de la circulación fetoplacentaria; y como ya desde este momento, la única misión del partero queda limitada a proteger la vida de la madre, el verdadero recurso para cumplir con su honroso cometido, se lo proporciona la embriotomía por el método que sea más inofensivo porque menos traumatice los tejidos maternos.

Hay aún otra circunstancia en la cual la evolución del feto es difícil de realizar; es la contracción del anillo de Bandl. Ya hemos visto que esta misma contracción se opone, en el primer tiempo a la introducción de la mano, y ahora, la encontramos oponiéndose a la evolución del feto.

Debemos examinar dos casos. En el primero, el feto está enteramente situado arriba del anillo. En este supuesto, la evolución podrá dificultarse, porque el cuerpo del útero está generalmente retraído, aunque en grado variable, pero en realidad no desempeña ningún papel para impedir la evolución, siempre que la mano haya logrado franquearlo.

En el segundo, la parte que se presenta, sea la que fuere, vértice, cara u hombro, se encuentra colocada abajo del anillo de Bandl que muy retraído le impide ascender.

Para conocer lo que va a pasar, debemos examinar, dos casos: 1º Cuando en presentación de vértice la cabeza esté doblada o extendida; y 2º Cuando se trate de una presentación del plano lateral.

En el primer caso se consigue traer un pie hasta la vulva, pero si se estira de él, se encuentra gran dificultad para hacer evolucionar al feto. Si se aumenta el esfuerzo de tracción, quizá se llegue a hacer descender un poco el polo pélvico, pero la cabeza permanece fija. El feto se dobla sobre sí mismo, y las nalgas tienden a venir a ocupar, asociándose a la cabeza, el segmento inferior del útero. Ya en tan desventajosas condiciones, prolongar o sostener las tracciones, es distender al máximo el segmento inferior y hacer inminente su ruptura. El único medio de evitar esta catástrofe, es conseguir que la cabeza pase arriba del anillo de contracción, y a esto debe ser dirigida nuestra acción. ¿Cómo se logrará?... Desde luego se comprende, que las simples presiones exteriores sobre la cabeza, recomendadas por el profesor Hubert, son generalmente ineficaces; las mismas presiones combinadas con tracción sobre el pie, que tanto elogió el Dr. Charles, fracasan en la mayoría de los casos; la doble maniobra tampoco proporciona un resultado satisfactorio. Si a esta ineficacia se agrega que todas estas tentativas suelen ser muy peligrosas, se justifica el que aconsejemos no insistir en ellas. En efecto, pretender, con inmoderado esfuerzo, en rechazar a todo trance la cabeza del feto, es ir a hacerla chocar, con una violencia en relación con la fuerza empleada, contra la saliente muscular que constituye el anillo de Bandl, y si este círculo saliente no se deja vencer o relajar, es evidente que se le hará estallar, y el desgarró se extenderá, aunque variablemente, hacia el segmento inferior.

Nosotros creemos que el medio más adecuado, supuesto que proporcio-

na mayores probabilidades de éxito, a la vez que evita tan graves eventualidades, lo constituye el procedimiento del Prof. Budin.

He aquí cómo lo describe:

El medio que me ha dado mejor resultado, dice el expresado profesor, es el siguiente:

«Cuando el pie ha sido traído ya a la vagina o siquiera a la parte superior de este conducto y no se consigue rechazar la cabeza a la cavidad del cuerpo del útero, se pone un lazo sobre el miembro inferior, y después se confía este lazo a un ayudante que no debe ejercer sobre él tracciones, sino únicamente permanecer listo para estirar al momento en que se le diga que lo haga.

«Se introduce en seguida una mano en el canal genital haciendo penetrar la extremidad de los dedos entre el anillo de Bandl y la cabeza. Esta mano se esforzará en rechazar el anillo por presión hacia afuera, pero formará principalmente un plano inclinado extendido de la cavidad cervical a la cavidad del cuerpo del útero. Por presiones hechas en la cabeza del feto, con los dedos de la mano libre, se la empuja y se la hace deslizar sobre ese plano inclinado que forman los dedos de la mano ya colocada en el conducto útero-vaginal.

«Cuando se siente que la cabeza ha franqueado completamente el anillo de contracción, se deja de empujar la cabeza, y se recomienda al ayudante que estire sobre el lazo. La evolución se produce, la cabeza sube al fondo de la cavidad del útero, y la pelvis desciende y viene a ocupar el lugar en el cual se encontraba la cabeza.

«En estas condiciones no se podrá afirmar que la mano introducida ha hecho ceder al anillo de contracción, y más bien parece que ha desempeñado el mismo papel que el plano inclinado sobre el cual se hace rodar un tonel para que franquee de abajo a arriba una escalera. Si se contenta uno con empujar el tonel o barril contra un escalón, será detenido por el plano vertical de éste; pero si se forma con una tabla un plano inclinado, el tonel no será detenido y ascenderá bajo el impulso que se le dé.

«En resumen, después de haber llevado un pie al orificio externo del útero, se pone sobre él un lazo, que se le confía a un ayudante; después se introduce una mano a través del anillo de Bandl y se forma con ella un plano inclinado sobre el cual, con los dedos de la otra mano se hace un esfuerzo para hacer rodar la cabeza. En este momento, al apreciar que la cabeza se eleva, se recomienda al ayudante estire de la cinta con que se ha formado el lazo, y el segundo tiempo, o tiempo de evolución se realiza.»

Quizá el único inconveniente que presenta este procedimiento es lo difícil que se hace operar teniendo introducidas las dos manos en la vagina. Podría intentarse emplear una sola mano, deslizando cuatro dedos entre la cabeza y el anillo de Bandl, formar con ellos solos, el plano inclinado, y servirse del pulgar de la misma mano para empujar la cabeza de abajo hacia arriba; pero el Prof. Budin hace observar que la presión hecha con un solo de

do, tiene que ser muy limitada y podría producir un hundimiento o una fractura del cráneo del feto. Por esta razón prefiere obrar con las dos manos.

Procediendo con suavidad, con lentitud y haciendo progresivamente las presiones, se consigue al fin triunfar de la resistencia de las partes blandas, que hacen difícil el que las dos manos del operador obren simultáneamente dentro de la vía vaginal.

Todo lo que acabamos de recomendar para los casos en los cuales la cabeza está en el estrecho superior, se aplica a las presentaciones del hombro.

En estas presentaciones, el hombro y la cabeza pueden encontrarse abajo del anillo de contracción ocupando el segmento inferior, o bien, el hombro sólo ocupa esta región porque la cabeza ha ascendido arriba de dicho anillo. Así es que, se debe hacer franquear este círculo muscular anormalmente retraído, o la cabeza y el hombro, o al hombro solamente.

En el primer caso, es decir, cuando las dos regiones del feto, la cabeza y el hombro se encuentran juntamente abajo de la constricción, se asemeja esta situación al caso en el cual la presentación es de vértice, pero con la diferencia de que la cabeza no está tan accesible como lo está en la presentación de la cabeza flexionada, supuesto que ocupa una de las fosas ilíacas. Así es que se tendrá que rechazar hacia la cavidad del cuerpo del útero, el hombro y la cabeza a la vez, pero sucesivamente. Los medios que acabamos de describir para el vértice o para la cara, le son aplicables. Sin embargo, preciso es reconocer que la maniobra del Prof. Budin, encuentra extraordinarias dificultades, pues sería necesario, para que la mano alcance el anillo de Bandl, recorrer con la cara palmar de los dedos, la cabeza que se encuentra muy alta en una de las fosas ilíacas, en vez de estar en el centro de la área del estrecho superior.

Es importantísimo tener muy presente que, todas las maniobras de reducción de la presentación para favorecer la evolución del feto, deben ser emprendidas con la mayor prudencia. Cuando se encuentre muy resistente el anillo de contracción, y que el segmento inferior esté como amoldado sobre la parte fetal, debe evitarse toda tentativa violenta, pues, a no dudarlo, sin conseguir vencer el círculo contraído, sólo se ocasionaría la rotura del segmento inferior y del anillo tetanizado. Pero como en tan desfavorables condiciones, el niño generalmente ha sucumbido por asfixia, debida a las indispensables perturbaciones de la circulación fetoplacentaria, ocasionadas por la retracción de la musculatura del cuerpo del útero, es la embriotomía la intervención que se impone como el recurso que más garantiza la vida de la mujer.

DIFICULTADES DEL TERCER TIEMPO.

Las dificultades de la extracción tienen grande importancia, porque todo retardo en estos momentos, puede ser perjudicial al niño.

Las dificultades que pueden presentarse durante ese tiempo son numerosas y con frecuencia reconocen por causa alguna falta cometida por el operador.

Creemos conveniente recomendar que las tracciones sólo se hagan durante las contracciones de la matriz, porque sujetándose a este precepto, el partero cuenta con un poderoso auxiliar en las contracciones de la fuerte musculatura del útero. Es decir, que la *vis a tergo* vendrá a ayudar a los esfuerzos del operador, y hará que éstos sean más eficaces. También pueden secundarse por la expresión del útero, recurso sobre el cual tanto insistía, y en verdad justificadamente, el Prof. Budin. Para esto se recomienda a un ayudante apoye sus manos sobre el feto, a través de las paredes del abdomen y del útero, y que al momento de las contracciones, lo empuje de arriba a abajo procurando que el esfuerzo siga la dirección del eje longitudinal del útero. Este esfuerzo facilitará, a no dudarlo, la acción del operador, cuya misión consiste en extraer al feto por el polo pélvico. Para estudiar las dificultades de este tiempo con orden, deberemos considerar sucesivamente las que puedan observarse durante el desprendimiento de los miembros inferiores y de las caderas, las que se presenten u opongan a la salida del tronco, de los miembros superiores y de los hombros, y terminaremos con las que se oponen a la expulsión o extracción de la cabeza.

La primera dificultad que puede surgir, consiste en que el ángulo que forma la nalga anterior cuando el miembro inferior correspondiente se extiende sobre el plano anterior, se apoye sobre el borde superior del pubis. Esta dificultad es debida a que el partero al practicar la versión estirando sobre un solo pie, ha tomado el inadecuado, que los autores llaman *mal pie*, y que es el posterior.

Es positivo que la nalga anterior puede quedar detenida sobre el arco anterior de la pelvis, cuando se estira sobre el pie posterior, pero no debe exagerarse este inconveniente, porque no siempre se produce, y además es muy fácil de remediar. Basta para esto, al percibirse que se ha tomado el pie posterior, continuar las tracciones sobre él; pero para impedir que la nalga anterior se detenga sobre el borde superior del pubis, se dirigen las tracciones hacia abajo y hacia atrás, siguiendo, en cuanto sea posible, la dirección del eje del estrecho superior. Con esta medida tan sencilla, se consigue encajar en la excavación la cadera anterior del feto, burlar el borde del pubis y atraer el polo pélvico hasta la vulva. Se continúan en seguida las tracciones sobre el miembro inferior ya extraído, pero ayudándose del dedo índice que

el partero coloca en el pliegue de la ingle anterior; se consigue así extraer todo el polo pélvico y con el otro miembro inferior que se ha levantado adelante del tronco.

Pero este medio no siempre realiza el resultado que de él se espera. Se puede entonces recurrir a la maniobra de Guérin-Valmale, que en verdad constituye un proceder muy racional. Se ejecuta estirando hacia atrás sobre el pie posterior (procurando no ofender al perineo) a la vez que se empuja la nalga correspondiente al miembro que se estira, hacia la cara anterior del sacro, por medio de los dedos índice y medio de la mano libre, que se apoyan sobre la cara interna del isquión homónimo. Estos dedos deben introducirse en el canal genital hasta encontrar el ano del feto, deslizándolos detrás de la sínfisis del pubis. Se recomienda entonces a un ayudante que rechace la nalga anterior por presiones hechas de adelante a atrás y algo de arriba a abajo, con la mano colocada sobre la pared anterior del abdomen inmediatamente arriba del pubis. La tracción sobre el miembro posterior, asociada a las presiones anteroposteriores, sobre la nalga anterior, constituye un método muy eficaz para empujar hacia la excavación a la cadera anterior.

Con este procedimiento se consigue con relativa facilidad llevar al polo pélvico al orificio vulvar, desde donde se extrae como hemos dicho.

Cuando fracasan los procedimientos que acabamos de describir, y que la nalga anterior permanece detenida arriba del estrecho superior, se puede intentar transformar el *mal pie* en *buen pie*. Para esto se toma el miembro inferior con toda la mano en la parte más alta del muslo y se le imprime un movimiento de rotación sobre su eje longitudinal para conducirlo hacia adelante, a la vez que con el índice de la mano libre apoyado sobre la cadera anterior, se empuja esta nalga hacia atrás y se ayuda la rotación. Como el movimiento se comunica a todo el tronco, la nalga que primitivamente se encontraba adelante, detenida por el borde superior del pubis, se hace posterior y se viene a acomodar en la concavidad de la cara anterior del sacro. Una vez realizado este movimiento, la extracción del polo pélvico no presenta alguna dificultad.

En los casos, seguramente muy excepcionales, en los que los medios enunciados hubieren fracasado, el operador tendrá que introducir profundamente su mano en el canal vaginouterino para ir a buscar el pie que está aún dentro de la cavidad de la matriz, y una vez que lo encuentre tomarlo y sacarlo.

Ya fuera de la vulva, los miembros inferiores y las nalgas, se puede aún encontrar dificultades para la extracción, que pueden ser ocasionadas por la brevedad del cordón umbilical.

El acortamiento del tallo umbilical puede ser relativo y debido a que el feto se ha montado sobre él, o a que se han constituido vueltas que rodean una o varias veces el tronco, principalmente el cuello, o los miembros: o a que en realidad el cordón es naturalmente corto.

Desde luego se infiere que en estos casos, no se debe formar esa con el cor-

dón saliente, porque se estiraría y aun podría romperse. Si se trata de vueltas, se debe de procurar deshacerlas desprendiendo y alejando el cordón pasándolo por arriba de los miembros o del cuerpo del feto; y si esto no puede realizarse, o si existe una verdadera cortedad congénita, se colocarán dos pinzas de forcipresura o dos ligaduras, separadas dos o tres centímetros una de la otra, y se seccionará entre ambas el cordón. En este supuesto, la extracción del niño debe hacerse con rapidez, porque desde ese instante queda destruída toda comunicación entre el feto y la madre, y la asfixia pone en inminente peligro la vida del niño.

Debemos aún mencionar, como obstáculo posible al descenso de las nalgas y del tronco, la contracción espasmódica, que hasta estos momentos suele presentarse, del anillo de Bandl, que en realidad se observa muy rara vez, que es comunmente poco enérgica y se deja vencer por tracciones sostenidas. En infinidad de versiones que hemos tenido que practicar, una sola vez presenciarnos un caso de contracción tan enérgica, que no permitía al tronco avanzar ni retroceder. Como el espasmo no cesaba, y el feto estaba muerto, no vacilamos en recurrir a la reducción de su volumen procurando no traumatizar los tejidos del canal úterovaginal. Así el desembarazamiento se realizó con facilidad.

Nosotros creemos que, si el espasmo no cede a inhalaciones de cloroformo, inyección subcutánea de morfina y atropina y tracciones moderadas, en cuanto a energía, pero sostenidas, y si el feto muere, debe recurrirse a la embriotomía.

Así como el espasmo violento del anillo de Bandl produciéndose en este tercer tiempo de la versión es un accidente realmente excepcional, los dos brazos del feto con frecuencia se levantan sobre los lados de la cabeza; complicación que principalmente se presenta cuando se ha omitido el colocar un lazo sobre el brazo procidente. En otras ocasiones un solo brazo se extiende.

Nosotros vamos a suponer el caso más difícil y que se presenta con mayor frecuencia: aquel en el cual se han extendido los dos brazos. Su levantamiento se tiene que haber producido pasando, durante su movimiento ascensional, por delante o por detrás del pecho; lo que es importantísimo investigar, porque el modo de hacer el desprendimiento, es diferente para ambos casos.

Si los brazos se han levantado hacia adelante (que es sin duda lo más frecuente) la punta o vértice del omoplato se encuentra alejada de la columna vertebral; y está, al contrario, muy aproximada si los brazos se han levantado siguiendo la ruta posterior, es decir, hacia atrás.

Cuando los brazos se han levantado hacia adelante, se comienza por desprender el brazo posterior porque la parte posterior de la excavación presenta más espacio, debido a la concavidad de la cara anterior del sacro.

Colocada la mujer en posición tocológica, desinfectada y convenientemente anestesiada, el partero levanta con una mano el tronco del feto; introduce en seguida la otra en el canal genital de tal manera, que el pulgar por

una parte, el índice y medio por la otra, se coloquen sobre el brazo del feto un poco arriba de la región del codo, pero en dirección paralela al eje longitudinal del húmero. El pulgar debe corresponder a la axila, y los otros dos dedos quedar aplicados sobre la cara externa del brazo.

Así tomado el brazo del niño, queda como rodeado por tres férulas, y no se encuentra en peligro de ser fracturado al extraerlo, como muy probablemente se fracturaría si se pretendiese estirar sobre él con un dedo colocado en gancho. Una vez que el brazo se ha tomado de la manera descrita, se le baja en el sentido de la flexión, es decir, haciéndole pasar por delante de la cara y de la pared anterior del tórax, movimiento al que el Prof. Pajot, con su característico y pintoresco lenguaje, llamaba *hacer sonarse al feto*.

Extraído el brazo que ve a la pared posterior de la excavación, se procede a sacar el anterior, empleando la misma mano, por una maniobra idéntica.

Así es que la mano de que se sirve el partero es la misma para sacar a ambos miembros superiores. Debe elegirse aquella cuya cara palmar corresponda al plano dorsal del feto; es decir, la mano derecha cuando el dorso ve hacia el lado derecho, y la mano izquierda cuando ve a la izquierda de la pelvis de la madre.

La extracción del brazo anterior suele ser muy penosa y aun imposible de realizar, por lo difícil que es que la mano se mueva al encontrarse fija y comprimida entre el tronco del feto y la cara posterior de la sínfisis del pubis. En semejante caso se puede recurrir, para bajar este miembro superior, a maniobras externas. Para esto es necesario empezar por reconocer la actitud de dicho miembro, y ya entonces, por presiones a través de las paredes del abdomen y del útero, se procura doblar el antebrazo sobre el brazo; en seguida, apoyándose sobre el codo, se baja el antebrazo y la mano hasta poder tomar el puño con una mano introducida en la vagina: la extracción del miembro ya no presenta dificultad.

Este procedimiento, recomendado por Pollosson, es muy sencillo, y puede ser empleado. También debe conocerse el medio siguiente que presta grandes servicios: se hace sostener el tronco del feto por un ayudante; en seguida, se toma con una mano el brazo posterior que está ya fuera de los órganos genitales, se apoya el índice de la otra mano, sobre el hombro anterior y con ambas manos se imprime a la parte superior del tronco del feto, un movimiento de rotación que lleve el hombro posterior atrás de la sínfisis del pubis. El brazo, que estaba hacia adelante, viene a colocarse frente a la pared posterior de la excavación, es decir, se hace posterior y se puede ya extraerlo sin dificultad.

Supongamos ahora que los brazos se hayan levantado por detrás, lo cual es raro, pero suele presentarse: se les debe bajar por la misma maniobra, aunque hecha en sentido inverso. Es decir, se empezará siempre por hacer descender el miembro posterior, pero esta vez bajándole sucesivamente a lo largo de la nuca y del dorso. Se extrae en seguida el brazo colocado detrás de la sínfisis del pubis, ya directamente, ya transformándole en brazo poste-

rior; pero al desprenderlo debe recorrer el mismo camino que siguió para levantarse. Lo verificó pasando por la parte posterosuperior del dorso y de la nuca, lateralizándose en seguida para venir al lado correspondiente de la cabeza; y para extraerlo, se toma la mano del feto, se le guía detrás de la nuca y se le baja haciéndole recorrer toda la parte posterior del cuello y la superior del dorso. Para esta extracción, debe emplearse la misma mano para ambos brazos, y se adoptará la que se aplique por su cara palmar al plano ventral del feto: mano izquierda cuando este plano ve hacia el lado izquierdo de la pelvis de la madre; mano derecha, cuando está a la derecha.

A veces los brazos no sólo se han levantado sino aun se han cruzado detrás de la nuca. En este caso, debe investigarse si el cruzamiento se ha verificado cuando los brazos se han levantado adelante o atrás, para así extraerlos en dirección adecuada y evitar torcerlos, luxarlos o fracturarlos. Se empleará el procedimiento que hemos descrito, pero la maniobra tiene que ser más penosa y difícil, principalmente para el brazo anterior, si se pretende extraerlo directamente. Así la Sra. Lachapelle aconsejaba, para estos casos, extraer a la vez la cabeza y el miembro superior. Pero en nuestro sentir, es preferible convertir el brazo anterior en posterior, después de haber extraído a éste, porque el desprendimiento aislado de ambas regiones del feto, es más inofensivo para la madre y el hijo.

Además de este procedimiento, que podemos llamar clásico, de extracción de los brazos por medio de tres dedos colocados como férulas alrededor del húmero, hay algunos otros de los cuales sólo mencionaremos el de Müller y el de Truzzi.

El de Müller se basa sobre el hecho de que, cuando los brazos se han levantado, el diámetro biacromial es tanto más pequeño, cuanto más pronunciada es la elevación del brazo. Apoyado en este hecho, propone extraer los hombros levantando antes los brazos a su máximo de posible elevación. Para esto, recomienda que se hagan sobre el tronco del feto fuertes tracciones dirigidas hacia abajo, y que a la vez se ejerzan movimientos pendulares hasta conseguir que los hombros franqueen sucesivamente el estrecho superior (pasando primero el posterior) y penetren a la excavación. Que cuando el hombro anterior llegue abajo de la sínfisis del pubis, se levante fuertemente el tronco para que el hombro posterior se desprenda adelante de la comisura posterior de la vulva.

Entre las observaciones relatadas por Müller, se enumeran algunas en las cuales la pelvis era marcadamente estrecha, y ha tenido que hacer, sobre el tronco del feto, tracciones con fuerza tal, que esta región se alargó en una extensión de varios centímetros. En otras empleó, para hacer descender al hombro colocado adelante, enérgicas presiones, hechas con la mano flexionada en forma de puño arriba de la sínfisis del pubis. El total de sus observaciones fué de 104; y en ellas Müller encontró 44 fracturas del húmero y 44 de la clavícula: sólo 16 casos no presentaron traumatismo digno de mencionarse; así es que el resultado obtenido, no es ciertamente halagador. Por tan justificada razón este método violento no nos parece digno de recomendarse.

Truzzi aconseja bajar los brazos levantados, ya cuando hayan llegado a la excavación, ya cuando sólo se encuentren al nivel del estrecho superior, de la manera siguiente: la mano homónima del brazo por desprender, se introduce de plano y siguiendo el dorso del feto, hasta que la extremidad de los dedos pase un poco el hombro; los cuatro dedos de esta mano se deslizan sobre el húmero al que abrazan o rodean en la mayor extensión de su longitud, con sus dos últimas falanges; el pulgar, a su vez toma un punto de apoyo sobre la columna vertebral. Se procede en seguida a hacer descender al brazo, y si se encuentra alguna dificultad, bastará, para vencerla, imprimir al tronco del niño un ligero movimiento de rotación que generalmente suele facilitar la extracción del miembro.

Truzzi cree que en las pelvis moderadamente estrechas, así como en las primíparas de tejidos firmes y resistentes, su método es preferible al procedimiento clásico, en este sentido: que no está obligado el operador a introducir muy profundamente los dedos a lo largo del brazo hasta el nivel del codo, lo cual él considera generalmente difícil y a veces imposible de realizar. Merletti ha empleado el método de Truzzi en 18 casos y no ha ocasionado fracturas en alguno de ellos.

Nuestra convicción es opuesta a la afirmación de Truzzi, pues creemos que la maniobra clásica, es generalmente practicable y que debe ser enteramente excepcional encontrar algún caso en que sea imposible realizarla. Creemos también, que protege más bien el brazo contra toda lesión, que los demás métodos hasta ahora recomendados incluyendo el de Truzzi.

DIFICULTADES PARA LA EXTRACCIÓN DE LA CABEZA.

Pasaremos a considerar las dificultades que puede presentar la extracción de la cabeza, seguramente las más importantes, pues es en esos momentos cuando la más insignificante pérdida de tiempo es muy perjudicial al niño. Se debe saber obrar y obrar con actividad.

Estas dificultades son de varios órdenes. Pueden: ser ocasionadas por exagerada resistencia de las partes blandas; ser debidas a alguna anomalía del mecanismo del parto; provenir de un estrechamiento de la pelvis.

1º Respecto de las partes blandas, la cabeza puede encontrar, durante su paso a través del canal genital, obstáculos constituidos por el anillo de Bandl, por el cuello del útero, por la vagina, por el perineo o por la vuiva.

El anillo de Bandl puede cerrarse alrededor del cuello o sobre la cabeza inmediatamente abajo de la circunferencia suboccípitofrontal que es la más grande que debe atravesarlo. El orificio externo del útero suele también retraerse, lo que sólo se observa cuando se emprende la versión antes de que esté completa la dilatación; y como lo hace el anillo de Bandl, puede cerrarse sobre el cuello del feto, que queda tomado como un botón por un ojal, o bien

detener a la cabeza antes de que la frente lo atraviere. La cabeza queda, en este último supuesto, como cubierta por un gorro de algodón muy ajustado.

La contractura de los músculos elevadores del ano, la firmeza o tono exagerado de los tejidos del perineo y de la vulva, suelen también oponer obstáculo a la salida de la cabeza, que queda detenida por tiempo variable sobre el piso perineal.

En todas estas circunstancias, el feto está expuesto a morir asfixiado, si la situación se prolonga. En efecto, la suspensión o perturbación de la circulación fetoplacentaria si es considerable, obliga al feto a hacer movimientos respiratorios, y aspirar las mucosidades, sangre o meconio que encuentra en el canal genital y que obstruyen el árbol respiratorio.

Para detener el inmediato peligro que lo amenaza, algunos parteros han recomendado hacer llegar aire hasta su boca, bien por medio de la mano aproximando los dedos para formar una escotadura, y haciendo abrir la boca con la extremidad del índice y del medio, bien empleando instrumentos especiales. Obsequiando este orden de ideas el Dr. Rapin propuso crear al feto una atmósfera respirable inyectando 500 a 600 centímetros cúbicos de aire en la cavidad del huevo, por medio de una sonda unida a una jeringa. Asegura que en tres casos en que empleó este medio, los niños nacieron vivos o fueron restablecidos a la vida, sin dificultad. Pero estos hechos son poco numerosos para que sirvan de sólidas premisas a una buena conclusión.

Nosotros creemos que la conducta más racional consiste, en proceder, sin perder el tiempo en maniobras inútiles y con la mayor radidez posible, a extraer la cabeza.

Se debe empezar por intentar la extracción por la maniobra del profesor Mauriceau. A veces es difícil conseguir introducir uno o dos dedos en la boca del feto cuando el anillo de Bandl está fuertemente retraído o muy cerrado el orificio externo del útero sobre el cuello del feto, y aun cuando al fin se consiga la introducción, se tiene que luchar, para doblar la cabeza, contra la resistencia de las fibras musculares retraídas. Si el cuello constituye la resistencia, se suele ver el labio anterior aparecer al través de la ventana vulvar al hacer tracciones sobre el maxilar inferior; es entonces necesario rechazarlo y alejarlo del vértice, por medio de dos dedos de la mano libre, lo que no siempre se consigue. Quizás sea más útil alcanzar la boca cuando ya ha franqueado el cuello; pero se requiere, para atraer el maxilar inferior hacia abajo y doblar la cabeza, vencer la resistencia bien considerable de todas las partes blandas del canal genital. Así es que en todos estos casos, la maniobra de Mauriceau puede fracasar, obligándonos a recurrir a algún método instrumental. En efecto, no siempre, en estas condiciones anormales, se llega a conseguir la extracción del engendro con sólo la mano, y se tiene que ocurrir al forceps.

Al Prof. Smellie corresponde la gloria de haber sido el primero en emplear el forceps sobre la cabeza detenida en último término, en estos casos realmente difíciles, y su conducta de positiva utilidad, encontró luego juicio-

sos imitadores. Así el Dr. Grinfelt, en una interesante memoria que publicó el año de 1875, precisó las indicaciones y la técnica operatoria de las aplicaciones del forceps sobre la cabeza detenida en último lugar; y el Prof. Budin dos años después, hizo de este mismo asunto, el tema de una interesante lección clínica, en la que refirió tres observaciones en las que logró salvar con el forceps a niños que con la maniobra de Mauriceau no había podido extraer. Nosotros hemos recurrido al forceps varias veces en presencia de los alumnos en el servicio de la Clínica, y hemos extraído niños vivos o más o menos asfixiados, pero a quienes hemos conseguido reanimar, por medio de tan útiles pinzas, empléandolas sin vacilación y sin pérdida de tiempo, desde el momento en que nos hemos convencido de la imposibilidad de hacer la extracción de la cabeza detenida después de la extracción del resto del cuerpo; por lo cual sostenemos con entera convicción su positiva utilidad. He aquí la razón en que nos hemos fundado para recomendar que se tenga preparado un forceps, al emprender toda versión interna.

Cuando la cabeza está detenida por la contracción exagerada del anillo de Bandl, o por la del cuello de la matriz, la introducción de las cucharas requiere mucha prudencia y suavidad, y se impone la necesidad de cerciorarse que su extremidad va penetrando bien entre el anillo muscular y las partes laterales de la cabeza. Y seguramente esta introducción no presenta dificultad en los casos en los cuales la cabeza está únicamente detenida por resistencia anormal de los tejidos de la vagina o del perineo.

La aplicación del forceps se emprende generalmente cuando la cabeza se encuentra ya en posición occípitopubiana; y para realizarla, se hace levantar fuertemente el tronco por un ayudante, y se procura que el borde cóncavo de las cucharas corresponda al plano ventral del feto. La cabeza debe ser extraída haciendo conjugar con el diámetro anteroposterior de la ventana vulvar los diámetros suboccipitales. Al terminar la extracción, el dorso del feto ve al vientre de la madre, a lo que el Prof. Pajot llamaba «dorso sobre vientre».

Creemos conveniente recomendar que: por presiones externas a través de las paredes del abdomen y del útero en la región hipogástrica, se haga la expresión de la cabeza del feto durante las tracciones, pues esto facilita considerablemente la extracción a la vez que abrevia la duración de la maniobra.

29.—Estudiemos ahora las anomalías del mecanismo que preside a la expulsión de la cabeza. Consisten principalmente en la rotación de la región occipital hacia atrás, rotación que en la mayoría de casos, es debida a tracciones inoportunas y mal dirigidas, hechas sobre el tronco del feto. La cabeza viene entonces a quedar en posición occípitosa, doblada o extendida.

Esta mala posición requiere hacerla voltear, es decir, llevar la barba hacia la pared posterior de la pelvis y traer el occipital hacia adelante. La ilustrada partera, Sra. Lachapelle, aconsejaba la maniobra siguiente: introducir una mano en la vagina detrás del occipital, rodear a esta región de atrás a adelante hasta alcanzar la cara, buscar la comisura labial e introducir uno

o dos dedos en la boca para apoyarlos sobre la parte correspondiente de la cara interna de la mejilla o intentar hacer rodar la cara hacia atrás. En el caso de no poder alcanzar la boca, se pueden apoyar los dedos sobre alguna saliente del maxilar superior del lado opuesto.

Este procedimiento, además de ser difícil de ejecutar, sólo puede permitir la extracción de la cabeza ya colocada en la nueva posición occipitopubiana, si se consigue que quede bien flexionada. En efecto, si permanece extendida, la barba quedará muy alta, más elevada evidentemente que el occipital; y aun suponiendo que se llegue a alcanzar la boca y se logre llevar la barba hacia atrás, aun así, repetimos, no se conseguiría bajar el maxilar inferior, supuesto que el diámetro supraoccipitomentoniano es mayor que todos los diámetros de la pelvis materna y seguramente no se podría hacer inclinar la cabeza de arriba a abajo en la excavación, que carece de la amplitud necesaria. Así es que, la maniobra de la Sra. Lachapelle sólo debe emprenderse cuando la cabeza se encuentra bien flexionada, o en aquellos casos en que aunque esté extendida sea de pequeñas dimensiones y la pelvis amplia.

También se puede, estando bien doblada la cabeza, recurrir al procedimiento siguiente, que es además de sencillo, fácil de realizar. Se lleva el tronco del feto hacia abajo y atrás, y cuando se há conseguido que la región suboccipital llegue a la comisura posterior de la vulva, se levanta en el sentido de aproximar su dorso al dorso de la mujer, movimiento al que el Prof. Pajot llamaba «dorso sobre dorso». Como el suboccipucio toma punto de apoyo sobre la comisura posterior, la salida de la cabeza se hará por flexión y según los diámetros suboccipitales. Puede favorecerse este movimiento deslizando los dedos índice y medio de una mano, desde la sínfisis del pubis hasta alcanzar la boca, en la que se introducen apoyando sobre el piso. Una vez en esta actitud, se ayuda la flexión por tracciones dirigidas hacia abajo y atrás. En realidad se hace la maniobra de Mauriceau pero en sentido inverso.

Si esta maniobra fracasa, sin perder tiempo se debe recurrir al forceps, introduciendo las cucharas del lado ventral del feto, y dirigiendo las tracciones hacia abajo y un poco hacia atrás, para extraer sucesivamente detrás de la sínfisis del pubis, la barba, la boca, la frente y el bregma. Lo importante es emplear con oportunidad este instrumento, aplicarlo con delicadeza y hacer por medio de tan útiles pinzas, que la cabeza ejecute todos, absolutamente todos, los movimientos que ella normalmente hace en la expulsión espontánea. Se va a suplir a la naturaleza, y evidentemente la mejor manera de sustituirla, es imitarla haciendo todo lo que hace por sí misma. Si el partero consigue que la cabeza tomada con su forceps, ejecute los movimientos que hace en los partos fisiológicos, llegará a no dudarlo, a realizar un parto artificial sin traumatizar peligrosamente los tejidos de la madre y del engendro. En efecto, en todo parto normal, la cabeza del feto reducida en límites inofensivos, se acomoda para adaptar sus diámetros mayores a las más grandes dimensiones del canal pelvigenital, que, impulsada por las fuerzas expulsivas, debe recorrer para salir del claustro materno. Esta incesante acomodación, constituye la condición indispensable para que el parto se rea-

lice por las solas fuerzas que la naturaleza tiene destinadas al desempeño de tan importante función, para la cual el organismo femenino ha sido creado. En el caso en que estos esfuerzos no basten, el tocólogo debe venir en auxilio de la naturaleza; pero para que su intervención sea verdaderamente útil, además de oportunidad, se requiere que su acción sea únicamente imitativa, es decir, que se limite a sólo hacer lo que la naturaleza hubiera hecho si a sí misma se hubiera bastado. Sin saber conocer el momento oportuno para intervenir, sin habilidad para operar y sin un conocimiento profundo del mecanismo del parto, no se puede ser un buen partero. Y precisamente en estas angustiosas circunstancias, es cuando más se impone la conveniencia de que se ponga al frente de la parturiente, a un buen clínico, pues él y sólo él, está en aptitud de intervenir con la oportunidad y destreza que requieren la vida y el porvenir del niño y de la madre.

Cuando la cabeza se ha extendido, cuando el occipital se encuentre en la concavidad del sacro y la barba está detenida sobre el borde superior del pubis, caso afortunadamente excepcional, un solo modo de resolver la cuestión se tiene: la región occipital debe girar sobre la región submental como si fuese una visagra, para desprenderse en primer término deslizándose sobre la comisura posterior de la vulva; le seguirán el bregmático y la frente. De esta manera, los diámetros submentooccipital, submentobregmático y submentofrontal, vendrán sucesivamente a atravesar el diámetro anteroposterior dinámico del estrecho inferior y de la ventana vulvar. Este resultado se favorecerá levantando fuertemente el tronco del feto y a la vez llevándolo hacia adelante, quedando así dirigida la región abdominal del niño frente al vientre de la madre. (*Ventre sobre ventre*, según expresión clásica del Prof. Pajot).

Esta única manera racional para lograr la extracción de la cabeza, no siempre es fácil ni aun posible de realizar con sólo la mano, principalmente cuando se trate de mujeres primíparas, que generalmente tienen tejidos resistentes; pero si se tropieza con alguna dificultad, se recurre al forceps que es un poderoso auxiliar, y con este instrumento, como se hace con la mano, se extrae dicha cabeza, conjugando los diámetros submentales con los diámetros anteroposteriores del estrecho inferior y del anillo vulvar. Durante la extracción, el tronco del niño debe sostenerse levantado e inclinado hacia adelante.

Si el forceps fracasa por el volumen exagerado de la cabeza, o por resistencia anormal de los tejidos que constituyen el canal genital, al grado de impedir la progresión artificial de este polo fetal, queda como último recurso la basiotripsia, a la que debe recurrirse sin escrúpulo, porque sería excepcional que el niño estuviese vivo, por las prolongadas e inevitables perturbaciones de la circulación fetoplacentaria a consecuencia de la duración de las maniobras, que necesariamente deben haber acelerado su asfixia.

Muerto el feto, toda la atención del partero debe consagrarse a los intereses de la madre, a la que debe desembarazar evitando traumatizar sus tejidos lo menos posible.

3º—El tercer grupo de dificultades que pueden presentarse al extraer la cabeza, lo constituyen los estrechamientos de la pelvis.

Por tan grave causa, la cabeza puede quedar detenida: en el estrecho superior, en la excavación o en el estrecho inferior.

Como el vicio más frecuente se encuentra en el estrecho superior y según su diámetro anterosuperior, insistiremos con particularidad sobre la conducta del tocólogo en esta muy grave emergencia.

El mecanismo que norma el paso de la cabeza detenida en último lugar, para atravesar el anillo huesoso que constituye el estrecho superior reducido de dimensiones, es enteramente indispensable tenerlo muy presente, pues sólo así se comprenderá la serie de maniobras a las que se debe recurrir para lograr que la cabeza pueda franquear el expresado anillo.

Recordaremos que el Prof. Budin fué uno de los primeros parteros que más a fondo estudió tan importante asunto, y traemos a la memoria su nombre porque al hacer esta mención rendimos un homenaje de gratitud hacia tan ilustrado benefactor de la humanidad, que en beneficio de ella encontró la muerte que cegó tan noble existencia cuando toda su prodigiosa actividad estaba consagrada a sostener y vigorizar la vida de los recién nacidos.

Es bien sabido que en las pelvis raquílicas, el diámetro anteroposterior del estrecho superior, es el que está más disminuído; y también lo es, que para franquear este anillo estrecho, la cabeza debe colocarse transversalmente. En efecto, este polo del feto tiene sus diámetros transversos más pequeños que los anteroposteriores, y por esta razón, al ser empujada por las contracciones del útero, tiéndese a adaptar sus diámetros transversos al diámetro promontopubiano mínimo. Así es que la cara debe voltearse hacia alguna de las paredes laterales de la pelvis.

Para algunos autores, Joulin y Goedell entre otros, la cabeza al franquear el diámetro anteroposterior estrecho, debe extenderse un poco para encajarse según su circunferencia occipitofrontal. Nuestra convicción es, que si en verdad debe colocarse en posición transversa, no es extendida sino flexionada como con menos dificultad puede franquear el expresado diámetro promontopubiano mínimo, pues en esta actitud es el diámetro bitemporal, el más pequeño de los diámetros transversos de la cabeza, el que vendrá a conjugarse con el diámetro promontosubpubiano, que es el que presenta menor extensión en las pelvis raquílicas. En efecto, si se mide con la debida precisión la distancia que hay entre el vértice del occipital y el diámetro bitemporal, se adquiere la convicción de que en el feto de término es de 85 milímetros; mientras que la distancia que hay entre la nuca y el diámetro bitemporal, es sólo de 70 milímetros. Si la cabeza se extiende, es su diámetro biparietal (de 92 a 95 milímetros) el que se pone en relación con el diámetro menor del estrecho superior; mientras que el diámetro más pequeño y más reductible y el que seguramente atravesará con más facilidad el diámetro estrecho, será el diámetro bitemporal.

Si la cabeza se flexiona y la nuca viene a aplicarse contra la línea inno-

minada, sobre el borde lateral del estrecho superior, no es ya el diámetro biparietal, es decir, el más grande de los diámetros transversos, el que tiene de a pasar, sino el diámetro bitemporal, o algún diámetro que por sus dimensiones se asemejese a éste.

El Prof. Budin, en sus lecciones clínicas insistió y aun experimentalmente demostró, que, en las pelvis raquílicas, la cabeza extendida es generalmente detenida en el estrechamiento por el diámetro bimalar, que suele ser algo más grande y que siempre es menos reductible que el diámetro bitemporal. En oposición, cuando la cabeza se flexiona a la entrada de la excavación, el diámetro malar penetra sin dificultad, supuesto que ligeramente se vuelve a la vertical o, para expresarnos con más claridad y exactitud, se hace diagonal y puede atravesar el diámetro estrecho con relativa facilidad.

Así es que, para que la cabeza pueda atravesar el estrecho superior, en las pelvis aplastadas, importa que se flexione y que su nuca se ponga en relación directa con el borde lateral de este anillo. Se aloja así en una mitad de la pelvis.

Para obtener este resultado, se deben introducir uno o dos dedos en la boca del feto y hacer descender al maxilar inferior como tratando de aproximarlo a la parte anterosuperior del cuello. A la vez que se baja el expresado maxilar, se rechaza la nuca hacia el lado de la pelvis a que corresponde, hasta aplicarla sobre la línea innominada.

Una vez que la cabeza ha sido colocada en esta situación, se ejercen tracciones sobre el maxilar inferior, por medio de los dedos que se han introducido en la boca, y sobre los hombros por medio de la otra mano, para lo cual se coloca el índice de un lado del cuello, el medio y los otros tres dedos del otro lado, procurando apoyarlos sobre el muñón de cada hombro y en ningún caso sobre las clavículas.

Si la estenosis es moderada, si la desproporción entre los diámetros de la cabeza y los del estrecho superior no es muy considerable, el polo cefálico puede hacerse descender a la excavación; pero esta maniobra no siempre basta.

Como lo ha demostrado el Dr. M. Duncan, la cabeza, para franquear el estrechamiento, al encontrarse ya en el estrecho superior, se inclina de tal manera, que el lado posterior de su base pasa primero y aun descende a la parte superior de la pelvis pequeña. En seguida el polo cefálico ejecuta un movimiento de báscula tomando como punto de apoyo el parietal posterior, que se fija e inmoviliza sobre el ángulo sacrovertebral, y las partes que están adelante, en relación con la pared posterior del pubis, atraviesan a su vez el anillo que constituye el estrecho superior.

Para obtener la inclinación de la cabeza sobre su parietal posterior, el Dr. Goedell ha recomendado el procedimiento siguiente: el partero coloca una mano sobre el cuello del feto y con la otra toma las piernas y hace tracciones en dirección del eje del estrecho inferior. De esta manera, el lado de la cabe-

za que está en relación con la cara posterior del pubis se aleja de la entrada de la pelvis, a la vez que la que se encuentra dirigida hacia atrás, desciende proporcionalmente deslizándose sobre el promontorio y alcanza el arco posterior del estrecho superior. Si se continúa la tracción aumentando progresivamente la fuerza pero dirigiendo esta tracción en sentido inverso y rechazando el cuerpo del niño hacia el coxis, el lado de la cabeza que está atrás queda fijo, mientras que la parte anterior describe un arco de círculo sobre el promontorio tomado como centro y desciende a la excavación.

En caso de que esta maniobra no dé el resultado deseado, se levanta de nuevo el tronco del feto sin cesar de estirar, y después de algunos instantes se le vuelve a bajar; lo que equivale a ejecutar movimientos semejantes a los que se requieren para hacer funcionar una bomba.

Se puede y aun se debe recurrir a este movimiento aconsejado por el doctor Goedell, pero no siempre basta levantar así el tronco para determinar el descenso del parietal posterior, pues con frecuencia el cuerpo se dobla en el cuello sin que la cabeza llegue a descender a la excavación. Creemos más útil obrar de la manera siguiente: una mano levanta el tronco del feto, la otra se introduce en el canal genital y se lleva hasta la excavación, se aplica sobre los hombros y rechaza el cuello hacia adelante; la cabeza se inclina entonces sobre su parietal posterior.

Para conseguir que la cabeza salve el promontorio siguiendo el movimiento indicado por el Prof. Barnes, el Dr. Champetier de Ribes ha dado el consejo de empujar directamente hacia la concavidad del sacro, el cuello que ya se encuentra descendido detrás de la sínfisis del pubis; para conseguir este resultado, la base del cuello es cogida entre los dedos índice y medio como se haría con una horquilla. Quizá sea preferible colocar la mano cabalgando sobre los hombros; y al estirar el tronco, el dedo índice empuja de delante a atrás y hace girar a la cabeza alrededor del ángulo sacrovertebral.

El Dr. Champetier de Ribes ha demostrado experimentalmente que la cabeza alojada en uno de los lados de la excavación, gira sobre sí misma de tal manera que la giba parietal posterior se coloca en la hendidura formada por la reunión del promontorio con la ala del sacro.

En la práctica no es necesario intentar reproducir este movimiento de rotación. En efecto, los dedos que han sido introducidos en la boca del feto y que se apoyan en el piso de esta cavidad, al estirar sobre el maxilar inferior, dejan a la cabeza relativamente libre en sus movimientos. Así es que bajo la influencia de las tracciones gira sobre sí misma y se llega a colocar de la manera que le es más favorable para franquear el estrecho superior. Este movimiento lo realiza en virtud de la ley de la acomodación.

Las tracciones empleadas para hacer descender la cabeza pueden ser peligrosas, cuando se hacen con exceso de fuerza. Las experiencias del doctor Champetier de Ribes han demostrado que el maxilar inferior se rompe empleando una fuerza de 28 kilogramos, si el feto es de término; y bajo una tracción de 22 kilogramos, si es prematuro. De aquí el precepto de jamás em-

plear una fuerza mayor de 25 kilogramos sobre el maxilar inferior para los primeros y de 20 para los segundos.

Es muy conveniente ayudar a las tracciones por la expresión abdominal, pero procurando que el ayudante a quien se confíe esta maniobra, apoye su mano exclusivamente sobre la frente del niño y dirija su esfuerzo en la dirección del eje del estrecho superior. Obrando así, se evita el hundir los huesos, muy delgados aún, que forman la bóveda del cráneo; se aumenta así la flexión de la cabeza; se rechaza la nuca hacia la línea innominada, y se favorece el encajamiento.

Una vez que se ha conseguido que la cabeza franquee el estrecho superior y llegue a la excavación, se lleva el occipital hacia adelante y se termina la extracción por la maniobra de Mauriceau.

Vemos, pues, que la conducta que debe observar el tocólogo, ante la retención de la cabeza detenida en último lugar, puede resumirse en los preceptos siguientes:

1º Colocar la cabeza en orientación transversa.

2º Flexionar la extremidad cefálica introduciendo uno o dos dedos en la boca del niño, y a la vez que se trae el maxilar inferior hacia abajo y hacia la parte anterosuperior del cuello, se empuja la cabeza para el lado de la pelvis hacia el cual ve la región occipital, hasta aplicar la nuca sobre la línea innominada.

3º Colocar los dedos de la mano homónima a la orientación del occipital, es decir, mano derecha si el occipital ve a la derecha de la pelvis materna, mano izquierda si está dirigida al lado izquierdo, sobre los hombros del feto para ejercer tracciones sobre éstos y sobre el maxilar a la vez.

4º Esforzarse en conseguir que la cabeza recorra o deslice sobre el promontorio, para lo cual se inclina la cabeza sobre su parietal posterior levantando el tronco y rechazando, con la mano que está colocada cabalgando sobre los hombros, el cuello del niño adelante, hacia la cara posterior del pubis.

En seguida se empuja de delante a atrás sobre la pared del cuello que ve adelante, con el dedo índice de la mano colocada sobre él. El diámetro transversal de la cabeza puede entonces franquear el estrecho superior, supuesto que al inclinarlo se consigue que la extremidad posterior lo atraviese en primer término y posteriormente lo franquee la parte anterior que aisladamente se hace deslizar detrás del pubis.

5º Se asocia a estas maniobras la expresión de la cabeza a través de la pared abdominal, pero sólo haciendo presiones, sobre la región frontal y en dirección del eje del estrecho superior. Se dobla así la cabeza, se la empuja a un lado hasta apoyar la nuca sobre la línea innominada, y se favorece su encajamiento y descenso a la excavación.

Al momento en que la cabeza franquea el anillo que constituye el estrecho superior, el operador y su ayudante sienten la sensación de una resistencia vencida.

Una vez que la cabeza llega a la excavación se le hace rodar hasta colocar la región occipital frente a la pared posterior del pubis, pues en esta orientación es fácil terminar su extracción por medio de la maniobra de Mauriceau.

Bien ejecutado el método que acabamos de exponer, permite en la generalidad de casos, hacer franquear una cabeza de volumen normal, el estrecho superior de una pelvis aplastada y moderadamente estrecha en el sentido anteroposterior.

Suele suceder que estando la cabeza ya en la excavación, continúe dificultándose su extracción, bien porque la musculatura del útero fatigada por exceso de trabajo no se contraiga con la energía debida y preste al tocólogo la ayuda competente, bien porque la osificación del cráneo esté muy avanzada, o bien porque las articulaciones de la pelvis presenten resistencia exagerada, etc. En estas circunstancias la posición de Walcher, puede ser de alguna utilidad.

Se sabe que Walcher ha recomendado colocar a la parturiente apoyando la región sacra sobre el borde de la cama, con las piernas colgadas, en hiperextensión, y estima que, en esta actitud, el diámetro conjugado verdadero, es decir, el promontopubiano mínimo, aumenta de 8 a 10 milímetros. Aún no existe acuerdo entre los más caracterizados autores, sobre el resultado que Walcher sostiene que se adquiere por esta posición, pues mientras Treub asegura que se adquiere un aumento de consideración que facilita al operador el extraer la cabeza detenida en su último reducto, aumento que Leopold valoriza en 5 a 10 milímetros, otros, entre los cuales se encuentran Pinard y Varnier, creen que el agrandamiento del estrecho superior es nulo o insignificante, variando apenas de algunos décimos de milímetro a 2 ó 3 milímetros.

Colocándonos desde el punto de vista práctico, podemos asegurar que es realmente ventajosa la postura de Walcher, pues aumenta, aunque en proporción variable según el grado de movilidad de las articulaciones de la pelvis, la longitud del diámetro anteroposterior útil del estrecho superior. Y como es bien fácil conocer el grado de movilidad de las articulaciones pélvicas y muy particularmente el de la sínfisis del pubis por el procedimiento del Prof. Budin, se impone el inquirir esta noción en toda pelvis aplastada, ya que de esta noción puede inferirse la extensión del agrandamiento que se puede llegar a adquirir por dicha posición.

Así es que, creemos debe recurrirse a esta postura en los casos comprendidos en esta categoría de dificultades, pues siempre proporciona alguna ventaja que debe aprovecharse, principalmente cuando se aprecie gran movilidad en las articulaciones de la pelvis, pues a no dudarlo en ellas, la referida posición de Walcher proporciona un agrandamiento real del diámetro anteroposterior que es el acortado.

Es evidente que el tocólogo encontrará casos en los cuales fracasará toda tentativa por oportuna y bien hecha que sea. Entonces y si las articulaciones de la pelvis están sanas y el niño vivo, la sinfisiotomía debe ser la ope-

ración de elección; como lo es la basiotripsia, si el feto está muerto o no es viable.

La cabeza puede ser detenida no en el estrecho superior, sino en el estrecho medio, ya por la salida hacia adentro de las dos espinas ciáticas, como se observa en determinadas variedades de pelvis cifóticas; ya por la saliente que forma una sola espina al proyectarse hacia adentro, como se ve en la pelvis oblicua oval. En ambos casos, se debe inclinar lateralmente la cabeza del feto para conseguir que el diámetro biparietal se incline hacia la vertical ligeramente y para que las gibas parietales franqueén una después de la otra, es decir, sucesiva y no simultáneamente, la parte estrecha. Si este resultado no se obtiene con sólo la mano, se recurre al forceps, con el cual se imprime a la cabeza sólida y regularmente tomada, movimientos de lateralidad para extraerla pasando separadamente una después de la otra las gibas parietales.

Creemos conveniente recordar, ahora que estudiamos la manera de realizar la versión en las pelvis oblicuas ovales, o más bien, generalizando la cuestión, que en toda pelvis asimétrica se deben hacer un esfuerzo y adecuadas tentativas para llevar la región occipital a la mitad más amplia de la pelvis.

Debemos aún señalar los estrechamientos del estrecho inferior, como pudiendo oponerse a la salida de la cabeza retenida después de la expulsión o extracción del tronco. Entre esta clase de estrechamientos merece mención especial el del diámetro bisquiático, que se observa en las pelvis cifóticas; el del diámetro subsacrosubpubiano, y el que forman la salida exagerada y la anquilosis del coxis.

En todos estos casos se practicará la extracción manual de la cabeza haciendo ligeros movimientos de oscilación lateral, cuando haya estrechez del diámetro transversal, y si se fracasa débese recurrir al forceps. Se empleará en primer término este instrumento, cuando el diámetro anteroposterior sea el acortado. En los casos, felizmente excepcionales, de fuerte estrechamiento, al grado de hacer imposible el paso de la cabeza intacta, la sinfisiotomía practicada con oportunidad, es el único recurso de obtener un niño vivo, y ella se impone si el feto está vivo o si es viable y si las articulaciones de la pelvis están en estado fisiológico. La basiotripsia, si está muerto.

A. LÓPEZ HERMOSA.