

Parto en la Presentación de Frente

A MIS ILUSTRADOS COMPAÑEROS LOS SRES.
PROFESORES DANIEL VELEZ Y RICARDO CI-
CERO Y AL HIGIENISTA SR. DR. JESUS MON-
JARAS.

EXPRESION DE GRATITUD POR SU BENEVO-
LENCIA PARA JUZGAR MI LABOR ACADEMICA.

POR EL DR. ALBERTO LOPEZ HERMOSA

Parto es el acto por el cual el feto y sus anexos son expulsados o extraídos del organismo materno, bien que el engendro se desarrolla normalmente en el claustro materno, o bien cuando evolucione anormalmente fuera de la cavidad del útero, que es el órgano verdadero de la gestación.

Este acto se verifica en dos tiempos:

1º—Expulsión o extracción del feto, considerada clínicamente como el verdadero parto.

2º—Expulsión o extracción de los anexos, que es el parto secundino.

El parto comprende diversas variedades, pero que, con el profesor Depaul, condensaré en dos palabras:

Parto espontáneo.

Parto artificial.

Es espontáneo cuando evoluciona y termina por solo los esfuerzos que la naturaleza tiene destinados a realizar esta función y artificial, cuando reclama la intervención del partero, intervención que puede ser practicada con solo las manos, o que, si éstas son insuficientes, se tiene que recurrir a instrumentos adecuados.

No siempre se verifica al término normal de la gestación, sino que puede hacerse:

1º—Antes de que el feto adquiera desarrollo suficiente para vivir sin necesitar las conexiones que lo ligan al organismo de la madre, es decir, antes de llegar al fin del sexto mes.

2º—Entre el séptimo y el noveno mes, pero antes del término normal del embarazo y

3º—Al fin normal de la preñez.

En el primer caso se trata del aborto, de parto prematuro en el segundo y de parto a término en el tercero. Y si bien a partir del séptimo mes el niño es viable, sus aptitudes para vivir la vida extra-uterina son tanto mayores, cuanto más se aproxime al término normal de la gestación.

PARTO DEL FETO.

La palabra parto, empleada sola, se aplica exclusivamente a la expulsión del feto y se reserva la denominación de parto secundino, a la expulsión de los anexos o secundinas.

Para muchos autores la palabra *trabajo* es sinónimo de parto. Yo creo que debe aplicarse con más exactitud, para designar las modificaciones de los órganos genitales que preparan la salida del feto, como son las contracciones dolorosas del útero, la abertura del canal genital, etc.

Normal, fisiológico, eutócico es, y debe ser el parto, siempre que el canal pelvi-genital tenga dimensiones adecuadas al volumen del feto; que las contracciones del útero, ayudadas en su oportunidad por las de los músculos del abdomen, sean enérgicas, bien dirigidas, frecuentes e intermitentes y que el niño se presente por el vértice. Y si estos factores no se encuentran reunidos, el parto no podrá realizarse por solo los esfuerzos naturales, y el partero se encontrará, no ante un acto fisiológico, sino frente a un caso distócico tanto más peligroso, cuanto más la anomalía lo aleje de lo que la experiencia ha sancionado como normal.

No basta que el canal del parto tenga dimensiones normales, que el feto tenga un volumen adecuado a la ampliación del conducto pelvi-genital y que las fuerzas destinadas a impelerlo sean enérgicas, bien dirigidas, constantes y, en una palabra, suficientes para el desempeño de su cometido. Se requiere también que el feto esté bien presentado y orientado.

Desde este punto de vista, puedo sostener que la presentación de vértice en posición anterior, es la verdadera presentación y orientación fisiológica; que las demás presentaciones hacen el parto difícil, peligroso y, a veces, aun imposible de que se realice espontáneamente.

Entre las presentaciones distócicas se encuentra la de frente, asunto de esta memoria, que sujeto a la indiscutible competencia y recto criterio de vosotros.

Empezaré por decir que esta presentación es aun negada por muchos autores, que la asocian a la de vértice o a la de cara, distinguiéndola únicamente con el nombre de variedad frontal; pero en mi sentir, merece una individualidad claramente separada de las otras presentaciones, porque tiene un mecanismo especial y requiere una terapéutica bien distinta.

Para demostrar su positiva identidad, creo que me bastará decir que

por presentación entiendo la iniciación o encajamiento de una región toconómica del feto al estrecho superior de la pelvis de la madre, siempre que durante el parto evolucione según un mecanismo bien determinado.

Ahora bien, la frente del engendro es una región toconómica, supuesto que tiene un volumen suficiente para llenar la excavación de la pelvis; además, durante el trabajo del parto, evoluciona sujeta estrictamente a un mecanismo bien metodizado. Así es que reúne los dos principales requisitos que caracterizan a todas las demás presentaciones.

La importancia de su estudio, claramente se infiere de la terapéutica especial que su presencia impone.

Si aun quedase vacilación para admitir la independencia de la presentación de frente, recordaré las clásicas expresiones de la eminente tocóloga, señora Lachapelle: «No basta que una región del feto se ponga en relación con el area del estrecho superior para que constituya una presentación; se necesita, aun, que esta región sea bastante voluminosa para llenar casi completamente la excavación al momento del encajamiento, y que evolucione durante el parto, según un mecanismo especial». Y precisamente estas condiciones se observan en la presentación de la frente.

Al principiar el parto, no es un hecho excepcional encontrar iniciada al estrecho superior, antes del encajamiento, la cabeza del feto en actitud indiferente, es decir, ni bien flexionada, ni realmente extendida, sino en equilibrio inestable. Pero este equilibrio es generalmente destruido al momento en que, bajo la influencia de las contracciones del útero, la cabeza es empujada hacia la excavación, pues la extensión o la flexión se completan, y, al fin, el parto se verifica en presentación de cara o de vértice.

Sin embargo, se presentan en la práctica casos en los cuales la cabeza conserva una actitud intermedia entre la flexión y la extensión, aunque más aproximada a la flexión, y ciertamente que en ellos la frente penetra primero a la excavación de la pelvis, y la expulsión del ovoide cefálico presenta caracteres muy particulares. Son estos casos los que deben ser considerados como verdaderas presentaciones de la frente.

FRECUENCIA

Considerando como presentaciones de frente únicamente los casos en que la cabeza se ha encajado por la frente, ha descendido por la frente y esta región se desprende en primer lugar, o, en otros términos, las presentaciones persistentes, sin tomar en consideración las presentaciones transitorias en que la frente, después de estar iniciada al estrecho superior, al franquear la entrada a la excavación se transforma por aumento de flexión o de extensión en presentación de vértice o de cara, la frecuencia es, según

el Doctor Kleinwachter, de un caso en 5,000 partos, para el Dr. Schatz e de uno en 2,000; para el Dr. Hecker, de uno en 1,025; y el Dr. Henricius en la Maternidad d'Heleigfors, observó 12 presentaciones de frente en 5,009 partos, que equivale a un caso por 400.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Las causas invocadas para explicar la presentación de frente deben buscarse; 1º, en la madre; 2º, en el feto y 3º en los anexos del feto.

POR PARTE DE LA MADRE

Se observan con más frecuencia en las multíparas que en las primíparas. En efecto, la estadística del Doctor Henricius hace conocer que en 192 partos en presentación de frente, 111 fueron multíparas.

La oblicuidad del útero grávido, los tumores implantados cerca del segmento inferior o en su propio tejido y, principalmente los estrechamientos moderados de la pelvis, son considerados como otras tantas causas de presentación de frente.

En lo que se refiere a los estrechamientos de la pelvis, el Doctor Devars da la proporción siguiente: 36 por 100; y el Dr. Spiegelberg sostuvo que las presentaciones de frente son diez veces más frecuentes en las pelvis estrechas que en las pelvis normales.

POR PARTE DEL FETO

El Doctor Hecker ha denunciado el volumen pequeño, el estado de maceración, la vecindad de una segunda cabeza en los embarazos múltiples, la dolicocefalia, la hidrocefalia cuando ocasiona la distensión de la región frontal del cráneo, la brevedad del cuello, el tortícolis congénito, los tumores e infiltración edematosa del cuello; los neoplasmas de la nuca; y según el Dr. Rose, la hidropesía del tórax o del abdomen.

POR PARTE DE LOS ANEXOS DEL FETO

Del lado de los anexos del feto se citan: la hidropesía del amnios, la procidencia de uno o de varios miembros, las circulares del cordón, principalmente en los casos en que la varilla funicular brida y franquea la cabeza pasando sobre la cara.

El Doctor Auvard, al tratar de la etiología y patogenia de las presentaciones de la frente, relata la experiencia siguiente, que ha repetido varias veces y obtenido resultados idénticos. Toma el cadáver de un feto

al que, para darle alguna resistencia, desliza en la columna vertebral una varilla rígida. En seguida presenta al estrecho superior de un manequí de los Profesores Budin y Pinard, hecho estrecho en grado suficiente para hacer difícil al descenso de la región fetal, aunque sin llegar a hacerlo imposible, la cabeza del feto en posición intermedia entre la flexión y la extensión, es decir, en presentación de cara, e invariablemente, dice, ha obtenido los resultados siguientes:

El niño es agarrado con la solidez necesaria, colocando una mano sobre la pelvis que abraza con la palma y los dedos de una mano, y con la otra toma el tórax, teniendo los brazos extendidos en los lados del cuerpo.

Suponiendo una posición transversa, la derecha por ejemplo, iniciada al estrecho superior y empujando al feto para hacerlo descender, previa inclinación del tronco hacia su plano anterior, y haciendo que la fuerza de impulsión tenga la dirección del raquis, la cabeza, al encajarse en la excavación, se flexiona y transforma en presentación de vértice.

Repite la experiencia colocando la cabeza en el estrecho superior, en la misma situación en que la puso en la experiencia anterior, pero inclinando el cuerpo del feto en sentido contrario, es decir, hacia el plano posterior. En esta nueva orientación, empuja al feto en la dirección del eje del estrecho superior y observa que la cabeza descende a la excavación, pero aumentando la extensión y convirtiéndose en presentación franca de cara.

Esta mutación de presentación es debida a que la dirección de la fuerza expulsiva hace descender la barba en primer término y determina la extensión, de la misma manera que hizo descender al occipucio en la tentativa anterior.

Vuelve a colocar la cabeza en el estrecho superior, pero dejando el cuerpo del feto en dirección del eje de este estrecho y sin inclinarlo a algún lado, lo empuja hacia la excavación y observa que la cabeza llega a ocuparla, en esta vez, en presentación de frente.

Esta experiencia demuestra que la dirección de la fuerza transmitida al polo cefálico, desempeña un papel muy importante con el modo en que se verifica el descenso de la cabeza.

Así, cuando por intermedio de la columna vertebral el empuje es transmitido en dirección del occipucio, la cabeza completa la flexión, y se constituye la presentación de vértice; cuando la fuerza expulsiva se aplica en dirección de la barba, la cabeza se extiende, y se obtiene la presentación de cara y cuando, en fin, su acción se dirige a la frente posición intermedia entre las dos precedentes la cabeza permanece entre la flexión y la extensión y se obtiene la presentación franca de frente.

La cabeza se encuentra en la excavación en presentación de frente y en posición transversa. Continuando la experiencia sucesivamente como

en la primera serie, dando empuje al cuerpo del feto en dirección del occipucio, de la barba y de la frente, se llega a los resultados siguientes:

1º Inclinando el cuerpo del feto en el sentido de su plano anterior, y si así doblado se empuja en dirección al occipucio, la cabeza se flexiona y a la vez que se realiza la flexión progresiva, el occipucio rueda hacia adelante y sólo se detiene ante la sínfisis del pubis. La cabeza, en seguida, se escapa fuera de la vulva de cautchu, siguiendo el mecanismo normal en la presentación de vértice occípito-pubiana.

2º La cabeza se transporta a la excavación en presentación de frente y en posición transversa. Se inclina el tronco del feto hacia el plano posterior y se ejerce una presión en la dirección de la barba, la cabeza se extiende poco a poco, la barba gira adelante, se coloca abajo de la sínfisis pubiana y sale de la vulva por movimiento de flexión. A partir de este momento, es excesivamente difícil conseguir la salida de toda la cabeza. Pero este tiempo de expulsión solo tiene un interés secundario, pues la atención está concentrada a observar los movimientos de extensión y de rotación de la cabeza.

Coloca por tercera vez la región del feto en la excavación en presentación transversa de frente, deja el tronco en dirección aproximada al eje del estrecho superior y por presión enérgica hace avanzar a la cabeza; pero no obstante de lubricar el cautchu que tapiza las paredes del manequí con bastante vaselina, la progresión es muy difícil, y después de varias tentativas para lograr la salida de la cabeza, ve producirse al fin, tras esfuerzos enérgicos, las eventualidades siguientes:

1ª La cabeza se flexiona, el occipucio rueda adelante y la salida se efectúa en presentación de vértice occípito-pubiana.

2ª La cabeza se extiende, la barba gira adelante hasta colocarse bajo la sínfisis del pubis.

3ª La cabeza se sostiene en presentación de frente, es decir, en situación intermedia entre la flexión y la extensión; la rotación se verifica de manera de colocar las grandes dimensiones de la cabeza ante los mayores diámetros de la pelvis y de la vulva.

La cabeza así colocada, dice el Doctor Auvard, solo en determinados casos logra, según el volumen del feto y el sitio del occipucio, salir con la frente desprendiéndose en primer lugar; pero en otros le fué imposible obtener esa salida. Sólo ha conseguido en el manequí, observar la salida en presentación de frente, cuando el occipucio había rodado hacia atrás, pues cuando la rotación se verifica adelante, el desprendimiento se hacía en presentación de vértice.

Asegura el expresado Doctor Auvard, que en los casos en que se ha sostenido la presentación de frente después de la progresión de la cabeza

en la excavación, puede a voluntad favorecer la rotación en uno u otro sentido, es decir, llevar el occipucio adelante o atrás, inclinándolo ligeramente el tronco del feto hacia el occipucio o hacia la barba.

También asegura que si en una presentación de frente, dirige el esfuerzo directamente en la dirección del eje del estrecho superior, la rotación de la cabeza no tiene tendencia a hacerse, o se hace indiferentemente en uno u otro sentido. Si, al contrario, se inclina el tronco desviando el eje en cuestión, la fuerza quedando por este hecho dirigida en dirección del occipucio, (tronco inclinado hacia el plano esternal) o de la barba (tronco inclinado hacia el plano dorsal), en el primer supuesto, el occipucio rueda hacia adelante, en el segundo hacia atrás.

He descrito con toda extensión las experiencias del Doctor Auvard, porque me parece lógico deducir de ellas las consideraciones siguientes:

Durante el parto, en la presentación de frente, la cabeza se flexiona cuando el esfuerzo expulsivo transmitido por la columna vertebral, se dirige hacia el occipucio; se extiende cuando el empuje se dirige hacia la barba; permanece en situación indecisa entre la flexión y la extensión, cuando la presión para hacerla avanzar en la excavación, se dirige hacia una región intermedia entre la barba y el occipucio, es decir, hacia la frente.

La extremidad del ovoide cefálico hacia la cual se dirige la fuerza expulsiva transmitida por la columna vertebral es, por esta influencia, empujada adelante para colocarse abajo de la sínfisis del pubis y quedar en cuadrada en la escotadura que forman los brazos isquio-pubianos.

La dirección de la fuerza expulsiva transmitida a la base del cráneo por la columna vertebral, es, en realidad, si no la única, sí la causa principal de los movimientos de flexión, de extensión y de rotación. Y es la extremidad del ovoide que representa la cabeza del feto, hacia la cual se dirige la fuerza expulsiva, la que baja primero, y la que gira hacia adelante. Así es que de los movimientos de flexión, de extensión y de rotación, tienen entre sí relaciones íntimas.

SIGNOS Y DIAGNOSTICO.

El interrogatorio y la inspección, no proporcionan datos de importancia para el diagnóstico.

La palpación, antes del encajamiento, descubre de cada lado de la línea media de la región hipogástrica, la frente y el occipucio que forman dos salidas de las cuales la que constituye el occipital está un poco más alta y aun parece más voluminosa que la de la frente.

Cuando por los progresos del trabajo de parto, la salida formada por la frente se ha hundido en la excavación, suele el maxilar inferior dar a la ma-

no que palpa, la sensación de una salida en forma de herradura, cuando las paredes del abdomen y del útero son delgadas y suaves; y aun en algunas embarazadas la barba se siente móvil.

Por el tacto vaginal, combinado con la palpación hipogástrica, y durante el parto, se percibe una bolsa de las aguas voluminosas, que con frecuencia se rompe prematuramente.

Más tarde, cuando las contracciones del útero han logrado que la cabeza franquee el estrecho superior, la excavación se siente ocupada por un tumor duro, arredondado, liso, regular de un lado y desigual del lado opuesto.

Para clasificar las posiciones de frente, se ha propuesto como punto de referencia el maxilar superior o la nariz. Yo acepto la nariz, porque dada su forma, no permite confusión alguna. Además, la orientación de la base de la nariz es la misma que la del maxilar superior, así es que a donde está dirigida la nariz, lo está a la vez el maxilar.

Cuando se ha reconocido por el tacto hacia qué parte de la pelvis está orientada la nariz, el diagnóstico de posición y aun de variedad de posición queda confirmado; pues si la nariz se dirige al lado derecho o izquierdo, se tendrá una posición naso derecha o izquierda, y en uno u otro supuesto, una naso anterior, transversal o posterior, según la dirección anterior, lateral o posterior de la base de la nariz en relación con la pelvis.

La auscultación, como se observa en las presentaciones de la cara, hace oír muy cerca de la oreja, y con gran claridad, los latidos del corazón del feto, particularmente cuando la posición es anterior.

Pero es en realidad, el tacto vaginal combinado con la palpación, el procedimiento de exploración que, con seguridad, permite establecer el diagnóstico de las presentaciones y posiciones de frente, desde el momento en que la dilatación del cuello permite explorar y tocar con seguridad la presentación en su mayor extensión.

La frente es, en verdad, la parte más baja de la presentación, y el dedo la alcanza con facilidad; pero no corresponde al centro del área de la excavación que se encuentra ocupada por la gran fontanela. La frente únicamente se encuentra en este sitio, es decir, en el centro de la excavación en los casos en que el feto tiene abierta la boca.

Cuando el dedo puede explorar la presentación recorriéndola en su mayor extensión, encuentra la parte anterior de la sutura sagital, la gran fontanela, la frente, los bordes orbitarios, los ojos y el vértice de la nariz.

Pero si la exploración se practica ya pasado algún tiempo del trabajo de parto, el diagnóstico es difícil, porque entonces se ha formado sobre la frente una giba sero-sanguínea voluminosa que oculta los caracteres de esta región.

La presentación de frente se distingue de la de cara, en que en ella la

barba jamás es accesible al dedo que practica el tacto y de la de vértice, porque no se alcanza la fontanela posterior como se toca en la presentación de cabeza flexionada, y en cambio se toca y reconoce toda la región superior de la cara. Además, en la presentación de frente, no solo no es accesible al dedo la fontanela posterior —dato que evidentemente diferencia esta presentación de la de vértice— sino que tampoco se puede alcanzar la boca ni la barba, regiones bien accesibles en las presentaciones de cara.

M E C A N I S M O D E L P A R T O .

El mecanismo del parto en esta presentación, se compone de los seis tiempos que se encuentran en las demás presentaciones.

PRIMER TIEMPO O DE ACOMODACION.

La cabeza del feto, al iniciarse el parto, se encuentra colocada transversalmente, es decir, que su diámetro antero-posterior (naso-occipital) está en relación con el diámetro transversal del estrecho superior, y la circunferencia occípito-mentoniana es paralela a la entrada de la pequeña pelvis.

En esta situación, si la cabeza del feto y la pelvis materna tienen las dimensiones normales, seguramente no podrá encajarse ni descender la cabeza del niño, porque la circunferencia occípito-mentoniana que tiene un diámetro de 13 y $\frac{1}{2}$ centímetros no puede atravesar un anillo cuyo diámetro es de 12 a 12 y $\frac{1}{2}$, supuesta la pelvis revestida de sus partes blandas. Así es que la varilla occípito-mentoniana tiene que enderezarse en vez de encajarse a plomo, y una vez enderezada desciende oblicuamente, inclinándose de tal manera, que una de sus extremidades franquea el estrecho superior primero que la otra.

Esta inclinación de la cabeza realiza el *primer tiempo o acomodación*, toda vez que la región presentada se acomoda o coloca en condiciones favorables para atravesar el anillo que constituye el estrecho superior, y penetrar en la excavación.

SEGUNDO TIEMPO.

Una vez realizada la acomodación, ¿cuáles la extremidad que desciende primero? Para los señores Profesores Mangiagalli y Bonnaire, la extremidad constituida por la barba es la que desciende en primer término deslizándose sobre la pared lateral de la pelvis, y para el Doctor Pollosson, lo es la que corresponde al occipital.

Ya con anterioridad Madame Lachapelle sostuvo que la cabeza se en-

caja colocando su diámetro occípito-mentoniano paralelamente al plano del estrecho superior, permaneciendo el occipital y la barba a la misma altura y debiendo descender simultáneamente en la excavación, Pero desde luego se descubre el error, supuesto que si la cabeza del feto y la pelvis de la madre son normales, el encajamiento es imposible porque todos los diámetros de la excavación solo tienen 12 centímetros, mientras que el diámetro occípito-mentoniano es de 13 a 13 y $\frac{1}{2}$.

En la actualidad, los autores más caracterizados admiten, y con razón, que para que la cabeza pueda recorrer la excavación, el diámetro occípito-mentoniano debe colocarse oblicuamente con relación al plano de este canal, y seguramente que tiene que ser la extremidad correspondiente al occipital la que debe descender en primer lugar, pues la barba, al salir el polo cefálico, se desprende de las partes genitales después del occipital. Además, para admitir que la barba pudiese en algún caso descender en primer lugar, se tendría que aceptar que el diámetro occípito-mentoniano puede bascular en el canal huesoso, y por tal razón inextensible, que constituye la excavación, lo cual es físicamente imposible, supuesto que este diámetro es más grande (13 a 13 y $\frac{1}{2}$ centímetros) que los de la pequeña pelvis (12 centímetros).

A mi juicio debe admitirse, y sin vacilación: 1º, que en la presentación de frente, el occipital descende primero que la barba; 2º, que no puede ponerse en duda que el diámetro occípito-mentoniano se diagonaliza al nivel del estrecho superior para poder franquearlo y recorrer la excavación; 3º, que la extremidad occipital de este diámetro es la que descende primero, a la inversa de lo que se observa en las presentaciones de cara, en las cuales es la barba la región que descende y sale en primer término del organismo materno.

De estos hechos reales y positivos se debe inferir que una presentación de frente no puede transformarse ni ser transformada de presentación de cara, supuesto que esa transformación requiere que el diámetro occípito-mentoniano bascule en el canal de la excavación, lo cual equivaldría a admitir que la extremidad más baja de este diámetro se convirtiera en la más alta; y la superior en la más baja. Esta inversión, que es condición necesaria para la mutación de una presentación de frente en presentación de cara, evidentemente que no puede verificarse en el calibre de la excavación. Así es que una vez que la presentación ha logrado franquear el estrecho superior y conseguido llegar a la pequeña pelvis, si la cabeza y la pelvis tienen las dimensiones normales, jamás podrá convertirse ni ser convertida en presentación de cara una de frente.

Considerando el diámetro occípito-frontal, se aprecia desde luego que en la presentación de frente, la extremidad frontal de este diámetro es la

que primero desciende, como en el caso de presentación de vértice lo es la extremidad occipital. La inversión de este diámetro puede permitir a la presentación primera, convertirse en la segunda; y esta mutación de frente en de vértice puede ciertamente efectuarse en el interior de la excavación, porque el diámetro occipito-frontal tiene 12 centímetros, y ésta es también la longitud de todos los diámetros de la excavación de la pelvis. Pero esta transformación solo podrá realizarse al principio del parto, porque en período ya avanzado y principalmente cuando la duración del trabajo ha sido exagerada, la cabeza del feto se deforma en las presentaciones defrente, y el diámetro occipito-frontal se alarga y mide no 12 centímetros sino 13. Desde ese momento es imposible que el movimiento de báscula necesario para la conversión de la presentación, pueda realizarse en el interior de la excavación, que representa un canal de paredes sólidas y de diámetros que no pasan de 12 centímetros.

Así es que en las condiciones normales, una presentación de frente llegada a la excavación, podrá convertirse o ser convertida en presentación de vértice, muy al principio del parto; pero la transformación será evidentemente imposible cuando el trabajo se ha prolongado demasiado y que la cabeza del feto ha sido deformada.

Por regla general, en los presentaciones de frente, el descenso se realiza con mucha lentitud y no es excepcional que el excesivo retardo imponga la intervención activa del partero. La dificultad para el descenso es debida a que el diámetro según el cual se encaja la cabeza, es decir, el que desciende paralelamente al plano del estrecho superior para irse poniendo sucesivamente en relación con los diversos planos de la excavación, es muy grande y poco adecuado para facilitar la marcha del parto. En efecto, éste, que es el naso-occipital, es mayor que el sub-occipito-bregmático, que es el diámetro de encajamiento en la presentación de vértice, y que el sub-mento-frontal que lo es en la presentación de cara.

Generalmente la cabeza que se inicia al estrecho superior al empezar el parto, en posición transversa, franquea este anillo y recorre la excavación, colocando el diámetro naso-occipital paralelamente al diámetro oblicuo.

TERCER TIEMPO.

El tercer tiempo, que es el de rotación interna, se realiza rodando la región presentada de tal manera que al terminar la rotación, la cara ha girado hacia adelante, el occipucio hacia atrás, y la nariz se encuadra en la escotadura subpubiana formada por los brazos isquio-pubianos.

CUARTO TIEMPO.

Durante este período, la nariz aparece bajo la sínfisis del pubis, el ma.

xilar superior desliza sobre la cara posterior del cuerpo del pubis y queda fijada abajo de la sínfisis en la parte superior del ángulo formado por los brazos isquio pubianos, y la cabeza sale ejecutando un movimiento de flexión, durante el cual la gran fontanela, la sutura bi-parietal y el occipucio aparecen sucesivamente frente a la comisura posterior de la vulva. Y solo cuando toda la cabeza se encuentra fuera de las partes genitales, se ve aparecer la barba que, como ya he dicho, es la región que sale en último lugar.

Lo expuesto hace conocer que la expulsión o salida de la cabeza se realiza según los diámetros sub-nasales, mientras que en la presentación de vértice se efectúa según los sub-occipitales, y en la de cara según los sub-mentales. Así es que el desprendimiento es ciertamente más difícil que en los casos de presentación de vértice o de cara, porque el mayor de los diámetros, que es el naso-occipital, atraviesa el orificio vulvar al momento de la salida, y es mayor que el sub-occípito-frontal y que el sub-mento occipital.

QUINTO TIEMPO.

Una vez que la cabeza ha salido del canal genital, el quinto tiempo no presenta dificultades. Ya fuera toda la cabeza se le ve ejecutar un ligero movimiento de rotación en virtud del cual la cara queda en la dirección oblicua que tenía antes del tercer tiempo, es decir, que la cara ve hacia el muslo correspondiente a la mitad derecha o izquierda de la pelvis con la cual estaba primitivamente en relación. Este movimiento, llamado de restitución, sirve para corregir una ligera torción del cuello. En efecto, los hombros, al descender en la excavación, presentan su mayor diámetro, que es el bi-acromial, en relación con un diámetro oblicuo de la pelvis, y al realizarse la rotación del occipucio hacia adelante y adentro para transformar la oblicua en posición directa occípito-pubiana, los hombros, a su vez, han volteado un poco, aunque no lo suficiente para llegar a la posición transversal; y no habiendo seguido por completo el movimiento de la cabeza, han quedado situados en dirección oblicua en la pelvis. Desprendida la cabeza y una vez libre de todo obstáculo, espontáneamente recupera la continuación del eje de la columna vertebral, es decir, se destuerce y dirige hacia la cara interna del muslo correspondiente.

Pero la verdadera rotación externa, la que lleva la frente del feto enteramente en dirección transversa, solo se realiza cuando aparecen nuevas contracciones del útero después del desprendimiento. Coincide esta rotación con la rotación interna de los hombros, los que han descendido hasta el piso de la pelvis, durante el desprendimiento de la cabeza, siguiendo un plano diametral que pasa por un diámetro oblicuo de la pelvis, y que para

atravesar el estrecho inferior tiene que acomodar su gran diámetro (bi-acromial), llevándolo a confrontar con el diámetro mayor de la salida del canal genital, que es antero-posterior. Esta rotación por la cual el hombro anterior —el izquierdo o el derecho, según la posición primitiva— llega a colocarse abajo de la sínfisis del pubis, determina la rotación externa de la cabeza.

SEXTO TIEMPO.

Orientados los hombros en dirección antero-posterior, se desprenden: el anterior debajo de la sínfisis del pubis en donde se fija, para que el posterior recorra, mediante un movimiento de rotación, toda la cara profunda del perineo y salga, al fin, frente a la comisura posterior de la vulva.

Como se ve, el diámetro bi-acromial se diagonaliza y las dos extremidades salen sucesivamente del recinto pélvico, sin distender exageradamente los tejidos del perineo y sin exponerlos a ser desgarrados.

Salidos los hombros, el resto del cuerpo es fácilmente expulsado; pero el polo córnico suele colocarse al salir de los órganos genitales, en dirección lateral, y en este caso, la cadera anterior sale primero del canal del parto y en seguida la posterior. Así, el gran diámetro de este polo, que es el bi-ilíaco, se pone en relación con el antero posterior del estrecho inferior, que es el más grande. En estos casos, la cadera anterior sale adelante y abajo de la sínfisis del pubis y la posterior frente a la comisura anterior del perineo.

Hay una variedad de presentación de frente caracterizada por la abertura de la boca del feto, la cual permanece abierta durante todo el trabajo de parto. En estos casos, es la frente y no la fontanela bregmática la región que en el encajamiento ocupa el centro de la pelvis.

La cabeza atraviesa el estrecho superior con un diámetro más pequeño que cuando la boca permanece cerrada; de aquí el que descienda y recorra la excavación con menos dificultad. En el movimiento de rotación interna no se observa alguna modificación apreciable.

El cuarto tiempo, o de expulsión de la cabeza, se realiza según los diámetros bucales; la abertura de la boca corresponde al borde inferior de la sínfisis del pubis y quizá por haber observado que este borde queda dentro de la boca, algunos autores han dicho que el feto muerde la sínfisis. La fontanela anterior, la sutura bi-parietal y el occipucio, aparecen sucesivamente ante la comisura anterior del perineo; pero aun en esta variedad, la barba se presenta bajo la sínfisis del pubis después de haber salido el occipital fuera de los órganos maternos.

En esta variedad de presentación de frente, el más grande de los diámetros que atraviesan la ventana que circunscriben los labios de la vulva,

al salir la cabeza, es el buco-occipital, menor que el naso-occipital: de aquí que la expulsión, sea menos difícil que cuando la boca permanece cerrada.

Después de las consideraciones que preceden, y ya con pleno conocimiento, seguiré paso a paso la marcha de la cabeza del feto en presentación de cara, durante su trayecto en la excavación hasta salir del recinto pelvi-vagino-vulvar. La tomaré en el estrecho superior, la seguiré en su marcha desde este anillo huesoso que constituye la entrada del canal del parto hasta su salida del organismo materno.

La cabeza del feto, colocada en posición transversa en el estrecho superior al principiar el parto, pasa lateralizándose a ocupar el diámetro oblicuo derecho o izquierdo según que la frente estaba dirigida al lado derecho o izquierdo de la pelvis.

Al llegar al estrecho medio, el movimiento de rotación continúa y, al terminar, la frente queda adelante en relación con la sínfisis del pubis, o hacia atrás ante la cara anterior o cóncava del sacro para, así, acomodar las dimensiones de la presentación a las de la filiadura genital a este nivel.

Sea la que fuere la posición primitiva de la frente, la rotación se hace de tal modo, que al terminar este movimiento, la frente se ha colocado en posición directa fronto-pubiana; aunque muy rara vez ha sido dirigida hacia atrás para quedar transformada en fronto-sacra.

En ambos casos, el desprendimiento de la cabeza puede, en la presentación de la frente, hacerse de dos modos: en posición fronto-pubiana, lo que es la regla; o en fronto-sacra, que es la excepción.

DESPRENDIMIENTO EN POSICION DIRECTA MENTO-SACRA.

La seguiré en sus etapas sucesivas, en el estrecho superior, en la excavación, estrecho medio, parte media del perineo y, finalmente, en la vulva.

En el estrecho superior, la cabeza está en posición transversa; así, la frente y la fontanela lamdoida se encuentran casi al mismo nivel, el bregma se halla cerca del centro del area del estrecho superior, y toda la frente es accesible al dedo que practica el tacto vaginal, el cual puede también reconocer con facilidad la raíz de la nariz y los globos constituidos por los ojos; pero no podrá alcanzar ni la barba ni la fontanela occipital.

No debe olvidar un tocólogo práctico, que la fontanela occipital es la región de referencia o índice de la presentación de vértice, y que la barba es la de la cara. Así es que si la fontanela occipital o la barba no se encuentran por un tacto vaginal practicado con esmero, claro es que no se trata de presentación de vértice ni de cara. Desde ese momento se debe pensar en la presentación de frente, y la presunción se transforma en realidad

si el bregma se encuentra en el centro del area del estrecho superior, región que es a las presentaciones de frente, lo que la fontanela posterior y la barba son a las de vértice y de cara.

Siempre que la fontanela bregmática se encuentra en el centro de un plano cualquiera de la filiadura pelvi-genital, se puede y, aun más, se debe diagnosticar una presentación de frente.

También no se debe olvidar que la cabeza del feto queda por algún tiempo detenida en el estrecho superior, y que mientras no descienda a la excavación la presentación no es definitiva, y que puede modificarse y transformarse en presentación de cara o de vértice; permanencia favorable de la naturaleza, pues permite al partero aprovechar esta tregua para modificar tan desfavorable dirección, verdaderamente distócica, de la cabeza del feto.

Pero si no hay corrección espontánea o artificial, la presentación desfavorable persistirá, la cabeza descenderá a la excavación y a partir de este momento la presentación de frente ya es definitiva.

De estas nociones se infiere que el estrecho superior marca una etapa muy importante, porque arriba de él, la mala presentación puede ser corregida, y abajo no puede serlo.

EN LA EXCAVACION.

La cabeza llega a la excavación en posición oblicua. Dirección idéntica en toda presentación del polo cefálico que, transversa en el estrecho superior, es oblicua en la excavación y se hace directa en el estrecho inferior.

A primera vista sorprende que una circunferencia irregular que tiene 13 y $\frac{1}{2}$ centímetros de diámetro mayor, pueda atravesar el estrecho superior, y principalmente recorrer la excavación que representa un canal que sólo mide 12 centímetros en todos sus diámetros; pero la reflexión hace recordar que antes de franquear el anillo inextensible que representa la entrada a la excavación, y recorrer esta excavación también formada en su mayor extensión por tejido huesoso se acomoda para ponerse en condiciones adecuadas para encajarse en el primero y avanzar en la segunda.

Creo conveniente recordar que en toda presentación del polo cefálico, la cabeza, antes de atravesar el estrecho superior, se acomoda, en la presentación de vértice por flexión y en la de cara por extensión. En la de frente la cabeza conserva su actitud intermedia entre la flexión y la extensión. De aquí el que la disminución de la región de encajamiento por sustitución de diámetros más pequeños a los más grandes del canal que debe atravesar, falta en ella. Pero a falta de reducción indirecta, se opera una real reducción de la cabeza por compresión e inclinación, que ya he descrito.

Sin inclinarse la varilla occípito-mentoniana, que tiene 13 y $\frac{1}{2}$ centímetros, es evidente que no podría adaptarse al estrecho superior y menos recorrer la excavación que solo tiene 12 centímetros en todos sus diámetros.

Además, una vez que la cabeza —comprimida o laminada e inclinado el mayor diámetro, que es el occípito-mentoniano— ha descendido a la excavación, se presenta un nuevo factor que desempeña, en mi sentir, un papel importante y favorable para facilitar la marcha del parto: es la deformación que sufre la cabeza del feto.

La deformación tiene doble efecto:

1º—Adaptar la cabeza, viciosamente dirigida, a la filiadura que debe atravesar y

2º—Hacer inmutable la presentación.

Producida la deformación, ésta modifica la configuración del ovoide que representa la cabeza del feto y la hace más adecuada para atravesar la filiadura genital.

La cabeza se aplasta, la fontanela posterior se aproxima a la barba y el diámetro occípito-frontal se alarga considerablemente. La cabeza parece sufrir una verdadera laminación. Y esta nueva forma que adquiere la cabeza explica por sí sola que es imposible que la presentación de frente, cuando ha permanecido en la excavación el tiempo necesario para ser deformada pueda ser convertida en presentación de vértice o de cara.

En el estrecho superior, al empezar el trabajo de parto, el polo cefálico está intacto, y es importante favorecer su encajamiento y descenso por sustitución de la presentación distócica en presentación de cara y principalmente en presentación de vértice. Pero cuando la naturaleza, persistiendo en su error, ha encajado la cabeza en presentación de frente; cuando desplegando exceso de fuerza expulsiva no logra convertir la dirección distócica del feto, y ocasiona desórdenes considerables, es decir, la deformación cefálica; cuando la cabeza llega a este sitio ya deformada, todo intento de corrección es enteramente inútil.

Ante tan apremiante situación, se impone terminar el parto en esa presentación viciosa, es decir, en presentación de frente, asociando el tocólogo sus propios esfuerzos a los que la naturaleza emplea.

ESTRECHO INFERIOR.

Llegada al estrecho inferior, la cabeza se coloca en posición fronto-pubiana. El diámetro occípito-mentoniano, reducido por la deformación que ha sufrido la cabeza e inclinado con anterioridad, va a franquear con menos dificultad el diámetro sacro-subpubiano, que mide 12 centímetros.

PISO PERINEAL.

La cabeza, empujada por las contracciones del útero, asociadas ya en este período con las de los músculos de las paredes del abdomen, desciende poco a poco deprimiendo y abriendo los tejidos del perineo por compresión. La fontanela bregmática progresa en el centro del canal genital o muy cerca de él y el diámetro occipito-mentoniano, por su inclinación inicial, desciende en asinclitismo.

VULVA.

La cabeza llega a la vulva y sale de ella por el mecanismo siguiente: El occipucio recorre la cara profunda del perineo [distendiéndola fuertemente, mientras que la fontanela anterior o bregma y la parte superior de la frente progresan y salen en primer lugar, entre la abertura que circunscriben los grandes y los pequeños labios de la vulva. El occipucio llega a la comisura anterior del perineo, cuando la frente se ha desprendido ante la comisura anterior de la vulva. Una vez que esta región sale de los órganos genitales, la cabeza realiza un movimiento de extensión, teniendo por centro la comisura anterior del perineo que sirve de punto de apoyo a la región sub-occipital, y el desprendimiento se efectúa según los diámetros sub-occipitales y la barba sale de la vulva en último término y abajo del pubis.

Sirve como prueba de la realidad de este mecanismo, la presencia frecuente de una giba sero-sanguínea sobre la frente y, principalmente, sobre el bregma, en donde constituye un tumor considerable.

POSICIONES.

Con el Dr. M. E. Blane, creo que la nariz desempeña, en las presentaciones de frente, un papel análogo al del occipucio en las presentaciones de vértice y al de la barba en las de cara.

Ahora bien, la nariz puede encontrarse frente al lado derecho o izquierdo de la pelvis y constituir las posiciones derecha o izquierda; y en cada una de estas posiciones deben considerarse las variedades siguientes: anterior, transversa y posterior, según la inclinación de la cabeza, o con más exactitud, según la orientación de la nariz con relación a las extremidades de los diámetros oblicuos y transversos de la pelvis materna. Así tendremos:

1ª—Naso-ilíaca derecha: anterior, transversa y posterior.

2ª—Naso-ilíaca izquierda: anterior, transversa y posterior.

D I A G N O S T I C O .

Los signos que caracterizan esta presentación, los dan la palpación, la auscultación y la exploración bi-manual, o tacto vaginal combinado con la palpación del abdomen; el interrogatorio y la inspección, no proporcionan algún dato de importancia.

P A L P A C I O N .

Este valioso procedimiento de exploración obstétrica, proporciona los datos siguientes: En la región hipogástrica se encuentra la cabeza iniciada o ya encajada en el estrecho superior. Si sólo está iniciada en la entrada de la filiadura pelvi-genital, se siente con claridad, de un lado, el occipucio, y del otro, el tumor irregular que forma la cara, y en algunas ocasiones, aun el borde del maxilar inferior, bajo la forma de herradura. No se percibe la salida que representa la frente, característica de la presentación de vértice, ni la hendedura que, al extenderse la cabeza, forman el occipucio y la pared posterior y superior del tórax, signo patognomónico de la presentación de cara. Sólo se aprecia un ligero vestigio de ambas salientes que se constituyen, una con detrimento de la otra, por la flexión o la extensión de la cabeza.

Examinando el fondo del útero, se le encuentra ocupado por el polo cónico, que forma un tumor más voluminoso, menos duro, irregular, que el que forma la cabeza del feto, y que generalmente está acompañado por los miembros inferiores.

El dorso está alejado de la pared del útero, pues se encuentra en una posición intermedia a la que se observa en las presentaciones de vértice y de cara.

La cabeza, al encajarse en el anillo que forma el estrecho superior y, más aún, al descender a la excavación, deja de ser percibida con claridad.

A U S C U L T A C I O N .

Los latidos del corazón del feto se perciben con claridad, principalmente en las posiciones en las cuales el plano esternal corresponde a las paredes anteriores del útero y del abdomen.

Los focos de auscultación han sido poco fijados, por ser excepcionales las presentaciones de cara.

En las presentaciones de vértice, el foco se encuentra, principalmente, del mismo lado que el dorso; en las de cara, generalmente en el plano esternal. En las presentaciones de frente, los latidos del corazón del feto se transmiten con más claridad por la cara anterior del tórax; y por el hecho

de la actitud del feto, los focos están más aproximados a la línea media del abdomen de la madre. En cuanto a la altura, varía con el grado de encajamiento de la cabeza.

EXPLORACION BI-MANUAL.

El dedo que practica el tacto vaginal, bajando la región de presentación hacia él, por medio de la mano libre colocada sobre el borde superior de la matriz, puede llegar hasta el bregma. Y siempre que se encuentre esta fontanela coincidiendo con el eje del canal del parto, es decir, con el centro del estrecho superior de la excavación, del estrecho medio y del canal formado por la pelvis blanda, se estará autorizado para diagnosticar la presentación de cara.

El bregma es generalmente la región de más declive en la presentación de frente, y rodean a esta fontanela las otras partes que constituyen la cabeza.

Siguiendo, con el dedo que hace la exploración, las suturas medio frontal e interparietal, se aproximará más o menos a la fontanela occipital y a la barba que son los extremos del diámetro occípito-frontal; pero sólo podrá alcanzarlos sirviéndose del tacto manual.

Suele, en determinadas ocasiones, ser la frente la región que ocupe el centro del canal pelvi-genital; pero también en estos casos el bregma, aun con esta inclinación, queda fácilmente accesible y está siempre allí para permitir diagnosticar la presentación de frente.

No se debe olvidar que el elemento principal de diagnóstico para cada una de las tres presentaciones del polo cefálico, y que disipará toda duda, es la percepción en el centro del canal genital, de:

La fontanela occipital, para el vértice.

La fontanela bregmática, para la frente.

La barba, para la cara.

PRONOSTICO.

La presentación de cara es una presentación distócica.

La causa principal que hace distócico el parto, es la dificultad al encajamiento y descenso de la cabeza del feto.

Suele observarse que es una primigesta y al fin del embarazo, el feto permanece móvil en el estrecho superior; el examen demuestra que la pelvis tiene conformación normal y el reconocimiento obstétrico más escrupuloso no revela algún impedimento al parto; y no obstante, la cabeza permanece iniciada al estrecho superior en esta época de la preñez en la cual

debería haber descendido a la excavación. La causa de esta retención es la falta de flexión de la cabeza, que permanece en ese sitio porque se presenta mal.

De aquí el que entre las causas que impiden el encajamiento de la cabeza del feto en los dos últimos meses del embarazo, deba mencionarse la presentación de frente.

Al momento del parto, el pronóstico varía según el volumen del feto, la evolución de la cabeza, el tratamiento, la oportunidad con que es aplicado y la pericia del partero, etc.

Por evolución de la cabeza entiendo, la transformación posible de la presentación distócica, en otra más favorable para los intereses del feto y de la madre, principalmente la mutación en presentación de vértice.

Según el Dr. Heinricius, en 207 casos reunidos por él, la conversión espontánea en de vértice, se observó 23 veces; y 24 en de cara.

Es evidente que cuando se opera la mutación, el pronóstico mejora considerablemente, puesto que corresponde al de las nuevas presentaciones de vértice o de cara.

En lo que se refiere a la proporción numérica, varía mucho según los autores. La más aceptable creo que sea la del Doctor M. Blane, que ha reunido gran número de casos bien estudiados. Su estadística valoriza en 10% la mortalidad de las madres, y en 20% la de los niños.

TRATAMIENTO.

La conducta debe ser considerada:

1º—Durante el embarazo.

2º—Durante el parto.

Durante el embarazo, si, en la última quincena, la falta del encajamiento de la cabeza en el estrecho superior, hace suponer la presentación de frente; y si la palpación y el tacto vaginal combinado con ella, proporcionan elementos que permitan convertir en certidumbre la suposición, la terapéutica más racional es, y debe ser, procurar el encajamiento, previa flexión de la cabeza, para transformar la presentación de frente (distócica) en presentación de vértice, (verdadera presentación eutócica).

He aquí en pocas palabras la manera de realizarlo: Previa desocupación del recto y de la vejiga, y apoderado de la confianza de la embarazada, el partero, colocado del lado correspondiente al dorso del feto, toma con una mano —y con relativa solidez— la cabeza del niño por el occipucio, y con la otra la parte superior del tronco inmediatamente arriba del diámetro bi-acromial. Por esfuerzo combinado, levanta el tronco a la vez que empuja a la cabeza abajo y hacia adentro, como tratando de llevar la barba

ante la parte superior del esternón. Conseguida y sostenida la flexión, un ayudante que ha agarrado el polo córnico, empuja el tronco hacia abajo en dirección del plano esternal. Realizada la transformación, para favorecer el descenso, se aplica un vendaje de cuerpo con un tapón formado con algodón, que comprima la región que ocupaba el occipucio. Se recomienda a la embarazada el decúbito hacia el lado donde está el dorso del feto, para favorecer el contacto de la región dorsal del niño con el útero. El objeto es verificar la flexión del niño, encorvándolo sobre su plano anterior, por ser la condición más favorable para obtener la presentación de vértice.

Durante el parto, la indicación es totalmente diferente, según la situación en que se encuentre el polo cefálico del feto.

LA CABEZA ESTA EN EL ESTRECHO SUPERIOR.

Los parteros están divididos en tres campos:

1º—Partidarios de la intervención prematura, es decir, de que el orificio externo del útero no esté completamente dilatado;

2º—Partidarios de intervenir al terminar la dilatación;

3º—Los que sólo aceptan la intervención tardía, cuando ha transcurrido largo tiempo después de haberse realizado la dilatación completa.

Los primeros, es decir, los que intervienen antes de que se complete la dilatación, aconsejan transformar la presentación de frente en de vértice o de cara, por maniobras externas, internas, combinadas, o por medio de la palanca.

¿Cuál es la presentación en que debe transformarse la presentación de frente?

Como la de vértice es el tipo o, más bien, la verdadera presentación eutócica, evidentemente que es la que debe procurarse, pero no siempre es posible obtenerla. A facilidad igual, es innegable que debe elegirse; pero en los casos en que no se logre tan favorable mutación, se tendrá que conformar con la de cara, si ella puede realizarse sin dificultad.

Se obra, ya por maniobras internas, ya por maniobras externas o por maniobras mixtas.

INTERIORMENTE.

El profesor Baudelocque fué el primero en aconsejar que en los casos en que la cabeza, al empezar el parto, se encuentre extendida en el estrecho superior, se rodee el occipucio con dos o más dedos, y se flexiona este polo del feto haciéndolo descender por tracciones enérgicas y bien dirigidas. Madame Lachapelle recurría a la misma maniobra, pero cuando fracasaba y no conseguía la flexión por el descenso, enganchaba la barba y

extendía la cabeza. Y estos dos procedimientos, el de Baudelocque por flexión, y el de Madame Lachapelle por flexión o por extensión, resumen los medios que en esa época se empleaban.

Pero evidentemente que el procedimiento es difícil de realizar, y peligroso, principalmente para la madre. En efecto, para alcanzar el occipucio o la barba, que al principiarse el trabajo de parto se encuentran encerrados dentro de la matriz y en tal virtud muy altos, es necesario introducir toda la mano en la vagina, traumatizando, al forzar y distender, a las paredes de este canal músculo-membranoso, para que los dedos alcancen y franqueen el cuello, aun no muy dilatado, y que seguramente también maltratarán. Atravesado este anillo, habrá que desgarrar las membranas ovulares, práctica también peligrosa porque predispone a la infección amniótica.

EXTERIORMENTE.

El Dr. Schatz, desde el año de 1873, recomendó transformar la presentación de cara en de vértice por maniobras externas, procedimiento que aceptó y popularizó en la República mi maestro el señor profesor Dn. Juan María Rodríguez. Esta maniobra la creo aplicable a las presentaciones de frente: Consiste en levantar al feto agarrándolo cerca de los hombros, a través de las paredes del abdomen y de la matriz, y haciendo que un ayudante, que lo ha tomado por la pelvis, lo empuje en la dirección del occipucio, para doblar la cabeza. El procedimiento, aun en las presentaciones de cara, no ha dado resultados halagadores y ha tenido pocos partidarios.

MANIOBRAS COMBINADAS.

Se introduce una mano en el canal cérvico-vaginal con la cual se rechaza el occipucio o la barba, según que se pretenda obtener el cambio de la presentación de frente en de vértice o de cara, mientras que la otra mano, aplicada sobre la cabeza del feto al exterior, empuja esta región abajo y hacia adentro con el objeto de bajarla a la vez que flexionarla.

También se ha empleado la palanca para hacer la transformación, deslizándola sobre el occipucio y por tracciones bien combinadas con un movimiento de báscula, se procura bajar el occipucio a la vez que doblar la cabeza.

La palanca obra como los dedos en el procedimiento del Profesor Baudelocque, pero con superioridad para su aplicación porque requiere menor lugar y porque puede introducirse con débil grado de dilatación.

TERMINADA LA DILATACION

Los medios que he mencionado pueden también ser empleados, pero se dispone de otras armas más activas.

La versión.

El fórceps.

La embriotomía

La versión es una operación obstétrica que tiene por objeto transformar una presentación distócica en una eutócica; o en otros términos, en llevar a la entrada del canal genital una región más adecuada que la que se presenta y que haga más fácil la expulsión o extracción del feto. Fué recomendada antiguamente por Madame Lachapelle, y adoptada después por diferentes autores, entre los cuales citaré a Schererder, Spiegelberg, Scanzoni y Playfair, quienes la aconsejaron como el medio más apropiado para transformar una presentación de frente por una de pelvis.

Una vez terminada la dilatación, si el feto permanece bien movilizable, la fuente intacta o recientemente rota pero conservando alguna cantidad de líquido amniótico suficiente para asegurar la movilidad del feto en la cavidad del útero; si las dimensiones de la pelvis son normales y las paredes de la matriz suaves, la versión podálica es, en mi sentir, la intervención más adecuada para conseguir la desocupación del útero con más rapidez y menos peligros para la madre y su engendro.

El fórceps, aplicado en el estrecho superior sobre la cabeza en presentación de frente, es también recomendado, si bien sus partidarios aconsejan conseguir una reducción antes de introducir las ramas de esa pinza.

Hacen consistir la reducción preliminar, en transformar la presentación de frente en una de vértice o de cara por los medios que para este objeto he descrito; pero como he hecho conocer, no siempre se obtiene esta mutación. Y aun en los casos en que esa transformación se consiguiera, ya el fórceps no sería aplicado sobre una presentación de frente, sino a una de vértice o de cara; aun sobre estas nuevas actitudes de la cabeza del feto, el fórceps, en el estrecho superior, y, con más razón arriba de este anillo huesoso, es de muy difícil aplicación y no carece de peligros para los intereses de la madre y del niño, dados los traumatismos que ocasiona en esta altura.

Estas consideraciones me inducen a aceptar que el verdadero campo del fórceps es la excavación, y que el de la versión es el estrecho superior o arriba de él.

LA CABEZA ESTA EN LA EXCAVACION.

Una vez que ha penetrado a la excavación o pequeña pelvis, un nuevo elemento se presenta si la cabeza se retarda en esta región del canal pel-

vi-genital: es la deformación de este ovoide cefálico, que desempeña, como creo haberlo demostrado, un papel muy importante en la marcha del parto. En efecto, esta deformación, aun más que las dimensiones del diámetro occípito-mentoniano, hace casi imposible la báscula de la cabeza y los movimientos de flexión y de extensión en el interior de este canal huesoso.

Habiendo la cabeza penetrado a la excavación, queda fuera del campo de la versión, e intentarla sería no sólo excesivamente difícil sino muy peligrosa, pues expone a desgarrar las paredes del útero grávido.

Para terminar el parto sólo poseemos dos armas; el fórceps, si el niño está vivo; y la embriotomía, si está muerto.

LA CABEZA HA LLEGADO A LA PELVIS BLANDA.

El estrecho inferior ha sido franqueado; la cabeza se apoya y, al ser empujada por las fuerzas expulsivas, deprime la cara profunda del perineo, y poco a poco se abre camino en la dirección de la ventana vulvar. Ya en este sitio es inútil la transformación de la presentación, y como la resistencia que le oponen las partes musculares que aun tiene que atravesar es relativamente débil, una aplicación de fórceps es suficiente para terminar el parto, en el caso en que el retardo excesivo pusiera en peligro la vida del niño.

He enumerado las diferentes armas terapéuticas para combatir las presentaciones anormales de frente, y de ellas he hecho una ligera apreciación; debo ahora indicar cuándo se debe intervenir y cómo se debe intervenir.

CUANDO SE DEBE INTERVENIR.

Ya en el momento de obrar, creo que la facilidad de hacerlo desempeña un papel importante en la época de elección. Así es que si una reducción manual es fácil al principio del trabajo de parto; si la mujer por adelgazamiento de las paredes del abdomen y la docilidad de su matriz, permite y soporta la maniobra de Schatz, o las maniobras mixtas, el partero sería digno de censura si no intentara con la debida oportunidad transformar la presentación distócica en eutócica.

Si no fuere posible realizar tan favorable mutación, conviene esperar que se complete la dilatación del cuello del útero, aunque sin diferir su acción activa por largo tiempo con la esperanza infundada de que sólo los esfuerzos naturales hagan la corrección de la mala presentación, pues un retardo exagerado perjudicará los intereses de la parturiente y de su niño.

Creo que toda temporización larga, antes del encajamiento, expone a que la cabeza descienda en la excavación en presentación de frente, y a partir de ese momento, la transformación de presentación es, o muy difí-

cil o realmente imposible. De aquí el que toda espera prolongada es realmente peligrosa, porque además de dejar pasar un tiempo útil, al fin la parturiente se encuentra en condiciones menos favorables para que cualquiera intervención la beneficie.

Creo que la conducta más adecuada consiste en obrar con oportunidad, cuando la intervención es fácil; de no serlo, esperar *únicamente* que la dilatación se complete, pero sin olvidar que una contemplación exagerada es notoriamente perjudicial para los intereses de la parturiente y de su hijo.

COMO SE DEBE INTERVENIR.

Si la cabeza está en la pelvis blanda, y se adquiere la convicción de que las fuerzas naturales no pueden terminar el parto por sí solas, una aplicación de fórceps está claramente indicada, principalmente si la auscultación revela el sufrimiento del feto por la irregularidad y, ante todo, por la lentitud de los latidos del corazón.

Si la cabeza ha llegado a la excavación y el parto se prolonga exageradamente, o si la auscultación denuncia el sufrimiento del niño y lo confirma la salida de meconio por la vulva, una aplicación de fórceps permitirá terminar el parto, como en el supuesto anterior. En ambos casos, la cabeza, bien y regularmente agarrada, se extrae presentando sus mayores diámetros a los grandes diámetros de la filiadura pelvi-genital.

Sé que a esta altura y en tan desfavorable presentación, la extracción del feto es difícil; pero seguramente saldrá airoso el tocólogo que está familiarizado con el manejo del fórceps y que elija un buen modelo — como el del Profesor Tarnier que le permite hacer de la cabeza presa regular, dirigir las tracciones en la dirección del eje del canal genital, aplicar la fuerza de tracción cerca del centro de figura, dejarla en completa libertad para que pueda adaptarse a la forma y dimensiones del canal que debe recorrer para salir del organismo materno, y que posee una aguja indicadora que guié al tocólogo para practicar la tracción en dirección apropiada— y, *principalmente, que tenga un completo conocimiento del mecanismo del parto, pues evidentemente que sólo conociendo los principales movimientos que norman su salida, se es apto para imitarlos.*

Hasta estos momentos sólo me he concretado a señalar la conducta que creo más racional, ante las presentaciones de frente, en relación con los intereses de las parturientes y de sus hijos, estando el feto vivo; pero si fuere el tocólogo solicitado cuando ya esté muerto, sólo debe tomar en consideración a la madre: evitarle todo traumatismo innecesario; no emplear, para extraerlo, tracciones enérgicas, sino recurrir a la basiotripsia que, al reducir el volumen, permite la extracción con facilidad y sin traumatizar

el canal genital. Y a ella se debe recurrir, sin pérdida de tiempo, para apresurar el restablecimiento de la madre.

Mucho se ha escrito acerca de la elección entre la versión y el fórceps; y si bien autores de notoria reputación, como lo es, entre otros, el Dr. Auvard, sostienen que el paralelo establecido entre estas dos operaciones desde hace más de un siglo, está aun distante de llegar a solucionarse y que sería temerario pretender decir la última palabra. A mí me parece que tal conflicto sólo existe en teoría, pues en la cabecera de las parturientes lo creo resuelto, recordando que dichas operaciones tienen cada una su campo de aplicación bien y clínicamente señalado: En el estrecho superior o arriba de él, versión podálica, excavación y pelvis blanda, campo del fórceps.

Apoyado en esta base, no vacilo en sostener que, con huevo intacto o recién rotas las membranas, dejando cantidad suficiente de líquido amniótico para conservar al feto suficiente movilidad; con pelvis de forma, dirección y dimensiones normales y útero de paredes suaves, debe optarse por la versión. Feto encajado en la excavación, con o sin deformación de la cabeza, y pelvis normal, el fórceps debe sin vacilación ser preferido. Intentar la versión de este último caso, sería ir en busca del desgarramiento de la matriz, con sus irreparables consecuencias; y aplicar un fórceps al nivel o arriba del estrecho superior, es dar prueba de suma ignorancia, dadas las grandes dificultades de hacer, a esa altura, una presa regular y sólida de la cabeza del feto y tracciones bien dirigidas.