

GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA

Registrado como artículo de 2a. clase en la Administración de Correos
de México, D. F., con fecha 21 de marzo de 1939

TOMO LXXIV

DICIEMBRE DE 1944

NUM. 6

TRABAJOS ACADEMICOS

**La posición de la cabeza fetal en el estrecho superior
y en el piso alto de la excavación pelviana.**

La toma frontomastoidea del forceps *

Por el DR. EVERARDO LANDA,
Académico de número

Presentar estudios y problemas nuevos sobre tema tan ampliamente comentado como el del forceps, en la época nuestra, cuyos progresos en cirugía obstétrica abren caminos distintos, y prácticas añejas pasan por decadencia inevitable, nada provechoso es, pudiera decirse; mas en cambio, incurrir en extremo de propensiones, cuando, por ejemplo, se ha querido constituir en sistema la ejecución de la histerotomía cesárea, sí se vería, entre gente novadora, como plausible movimiento de distinción personal.

Un notable partero alemán, Eduardo Gaspar Jacobo de Siebold, miembro de familia médica y autor de interesante libro acerca de la **historia de la Obstetricia**, se expresaba en los términos siguientes, en una de las amenas cartas que dirigió a Stoltz: "Mi padre ejecutaba las operaciones obstétricas con seguridad y destreza maravillosas; y aun en ciertos casos lo hacía con elegancia,

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 7 de junio de 1944.

hasta donde es compatible ésta con dichas operaciones. Pero más tarde reconocí que no fué muy sabio en el empleo del forceps. Durante los primeros años de mi carrera académica, observé fielmente sus principios y nada hubiera podido desviarme de este proceder; y tan sólo después, cuando mi profesorado en Marburgo, entregado a mí mismo y abocado a los estudios obstétricos y a la observación de la naturaleza con mucho ardor; y tras haber logrado en 1839, conocimiento personal con Naegelé, en Heidelberg, y de haber concertado relaciones científicas con este hombre superior —relaciones que pude conservar hasta su muerte—, me propuse abandonar la conducta de mi padre, declarándome más fiel a la naturaleza y, sobre todo, cuando me decidí a limitar el uso del forceps”.

Declaración tan interesante, lo mismo que las palabras que en lo que sigue transcribo, pueden servir de introducción al trabajo que me honro en presentar al docto juicio de los señores académicos. En la Carta VIII dice, en efecto, el mencionado partero: “¡Cuánto mal ha hecho el uso del forceps! ¡Qué frescura y firmeza de salud no se han arruinado para siempre con el intempestivo e inútil uso del instrumento, al que sin embargo deberíamos conservar el epíteto de **inocente!** Yo mismo no me siento a cubierto enteramente de haber usado con frecuencia, hasta la época en que serios estudios y práctica me enseñaron a obrar mejor. Aquella manía de operar, demasiado pronto y a menudo, ha sido muy perjudicial a la ciencia. Se ha descuidado completamente el estudio de las fuerzas maravillosas de la naturaleza, que obran sobre la terminación del parto según leyes por decirlo así inmutables. Tan sólo más tarde se ha llegado a reconocer la dinámica y la mecánica del nacimiento; y estas leyes, no por cierto, han sido descubiertas por operadores encarnizados. ¿Qué encontraréis en los escritos de Osiander respecto a las leyes tan importantes de la parturición? Nada. No fué sino muy tarde cuando los parteros se preocuparon por el estudio formal de la pelvis y el papel trascendente que desempeña en el parto. ¿Qué tiempo no fué necesario para imponer las opiniones nuevas que se habían adquirido sobre la influencia de la matriz en el alumbramiento, sobre la abertura del orificio, etc.? Pero en todo esto no se ha alcanzado

más que el reconocimiento de los derechos legítimos de la naturaleza; y cuando se reconoció que el parto no es sino función fisiológica, análoga a las demás funciones del cuerpo humano. Así es como la Obstetricia llegó a ser verdadera ciencia, que puede andar por parejo con otras ciencias médicas. Desde este momento, había dejado la Obstetricia de ser mero oficio; mientras antes, como lo expresa Wiegand, no conocía otras indicaciones que el empleo de la fuerza. Cuando se reclamaba su auxilio, se acudía con el forceps o se caía a puñetazos sobre el desgraciado útero, maltratándolo como si fuera un infame o ladrón que, por decirlo así, hubiera robado al niño”.

Aureas palabras son las que he copiado; y no sólo esto, sino de ingente aplicación, a las veces, en nuestros días. Conozco a empeñosas comadronas que apresuran o creen apresurar el parto recurriendo a torpe compresión abdominal; y aun he sorprendido a “afanadoras”, que de rodillas en la mesa de trabajo, se empeñaban empujando, cual si manejaran cierto artefacto de piedra, muy usado en México desde las épocas precortesianas. Y mientras ellas procedían con afán inusitado, la comadrona, solemnemente situada ante la vulva, introducía dos dedos en la vagina, y deprimiendo el rebelde perineo, gritaba a su víctima: “¡Ahora, señora, puje con todas sus ganas, como si quisiera obrar. . . !” ; Qué vis a tergo aquella ! ; Y sus infelices resultados en el perineo ! Un estimable compañero tuvo entonces la feliz ocurrencia de apodar a una de esas singulares **ayudantes** con el nombre folklórico de “la pituitrina”.

El distinguido partero y catedrático de clínica obstétrica, don Josué A. Beruti, publicó en el Núm. 10., del 28 de febrero de 1943, de la revista bonaerense “Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas”, un interesante escrito: “El porvenir del forceps y el forceps del porvenir”; breve y substancioso escrito en el cual, considerando que el forceps es “la operación más corriente de la Obstetricia. . . bien pronto conquistó el privilegio de una especie de símbolo tocológico”. Admite el profesor de Buenos Aires que el forceps “proseguirá siendo la operación obstétrica **numéricamente más importante**; pero que hay sobrados fundamentos para pronosticar con grandes visos de verosimilitud que el **ocaso** de las operaciones vaginales está muy próximo”. Mas “en tanto que esta operación no desaparezca de la terapéutica obstétrica, debemos esfor-

zarnos en encontrar un instrumento más racional y menos peligroso para la madre y el hijo". Se trata de su "forceps polimorfo", que por ahora tiene en simple experimentación clínica y mecánica.

Muy cierto es que se ha abusado y que del forceps se abusa todavía; pero no parece completamente justificado sustituir "un forceps" fácil por una operación cesárea, ya que es obra no sin peligros el abrir la cavidad abdominal, exponer el peritoneo a pesar de las más precisas técnicas, y dejar cicatriz de pronóstico reservado en el útero, y perpetua en la pared exterior; aunque, por otro lado, gracias a posibles destrozos causados por una operación de forceps, preferible fuera salvar ambas vidas, sin lacras y riesgos, por fácil histerotomía. Mas, por desgracia, la razón vacila muchas veces antes de una intervención armada, si no es que sus defectos se notan a **posteriori**, cuando ya no hay más remedio que esperar las reparaciones de la naturaleza. Ya se ha propuesto practicar por sistema la cesárea en toda posición posterior de vértice, en primeizas. ¡Conducta sumamente exagerada!

Estudios acerca del forceps, nutrido acervo constituyen en México; son bien conocidas las polémicas que hubo en lejanos tiempos; nuevos forceps han ideado los nuestros, ya que el mucho ver o exceso en el pensar, suelen conducir a inventos y modificaciones; y citaremos, por ejemplo, a Zárraga con el instrumento que inventó para mejor uso de la **vis a fronte**. La verdad, existiendo abundancia de forceps desde Chamberlen, la utilidad positiva del instrumento y sus facilidades no están precisamente, o pueden no verse, en sus variadas formas, sino en las manos que lo aplican y en la manera de coger la cabeza del infante; sin que se olvide, por supuesto, que manos expertas pueden también fallar.

Alguna vez el hábil maestro Zárraga elogiaba su forceps, señaladamente por la singular propiedad que había procurado en él de no **zafarse**; pero como recordará mi amigo Emilio Varela, en la aplicación que hizo entonces a la esposa de un legislador "revolucionario", el afamado tocólogo, tan corpulento cual era, cayó hacia atrás, con su forceps en las manos, a riesgo de su vida, en virtud de un escape trágico y aparatoso. . .

Tal, en breve exposición, lo que conviene recordar tocante al forceps, considerado su empleo desde el punto de vista general. Y es innegable poder afirmar que el forceps ya tiene reducido su

campo de acción; pero como instrumento de abolengo en tocurgia, no parece destinado a menosprecio y olvido. El forceps tiene y seguirá teniendo en práctica del especialista y del médico general el sitio que merece, y tan sólo debe caer en manos hábiles, que sepan manejarlo bajo rigurosas indicaciones y técnica bien llevada.

El tema de este trabajo concierne al uso del forceps en las **aplicaciones oblicuas** (oblicuas respecto a los diámetros cefálicos), o **tomas frontomastoideas**. Y diré la razón de por qué me ocupo en esta suerte de aplicaciones, dado que, por lo muy sabido y aceptado, el **diámetro cefálico transversal** es el único científicamente admisible para aplicar el instrumento.

En el año último de 1943 se publicó en Ciudad Trujillo, capital de la República Dominicana, el interesante libro del Dr. Ramón Rafael Cohen, con el título modesto de "Cuestiones Obstétricas. (Primera Serie)". Ameno y demostrativo libro, por cierto, y de estirpe clínica. Transcribiré el pasaje pertinente al empleo del instrumento que nos ocupa. "La tercera condición para hacer una aplicación de forceps correcta—dice, y conservo su ortografía—es que las cucharas estén colocadas en el sitio que le corresponden. A este propósito les diré (se dirige a estudiantes), que los libros hablan de que las cucharas deben estar siempre simétricas a la cabeza fetal, que siempre se debe hacer la toma bi-parietal. Pues bien, la práctica enseña que la toma bi-parietal existe sólo en la vulva. La que siempre se hace es una toma fronto-mastoidea que hoi en día está considerada como la toma ideal. Por ejemplo: Metzger, que es uno de los parteros más inteligentes que he conocido, dice en su libro "El Partero Moderno", que la toma ideal que debe hacerse es la fronto-mastoidea. Recientemente nos visitó el Doctor Bousalleu i durante nuestra conversación me preguntó: "¿Cuántas tomas bi-parietales ha hecho usted?" Le contesté que mui raras veces había procedido de esa manera, pues tenía por norma hacer las tomas fronto-mastoideas. Al dar esta respuesta a su pregunta el Doctor Bousalleu me dijo que yo era un partero honrado i que en la práctica así era como había que proceder.

"Con el Doctor Trongé, el célebre profesor argentino que hace tiempo nos visitó, i que murió recientemente, hablé sobre la cuestión; era de la misma opinión, él afirmaba que las tomas bi-parietales son la excepción.

“La razón por la cual las tomas ideales en los forceps medios y altos son imposibles, es simple: nosotros no podemos nunca estar seguros del grado de flexión o de inclinación de la cabeza fetal”.

Veamos ahora, de parte nuestra, lo que en aplicaciones de forceps hemos observado. Es de advertirse que nuestro forceps de empleo sistemático, es el de Tarnier, cuyo manejo nos es familiar. Habitados estamos al instrumento francés desde los primeros años del ejercicio profesional, en épocas sumamente atrasadas (quizás tan atrasadas como las actuales), cuando nos lanzamos al campo y aun dentro de humildes chozas campesinas osadamente emprendimos operaciones tocúrgicas. No disponemos de otros modelos de forceps, porque no nos parece necesario recurrir a modelos distintos del Tarnier; y tampoco hemos sufrido la ocurrencia de inventar “el nuestro”, o reformar el que tan felizmente ideara el viejo Tarnier, comadrón de los más notables que han existido y cuyas enseñanzas perdurarán muchísimos años, para fortuna de quien practica partos y de las mujeres que dan a luz.

Las aplicaciones oblicuas, **aplicaciones frontomastoideas**, ocurren, como indica el nombre, en diámetro oblicuo de la cabeza, cuyas extremidades corresponden por un lado a la prominencia frontal (comprendidos el ojo y el malar) y a la apófisis mastoides, por el opuesto. En realidad son frecuentes; mas el problema consiste en resolver si provienen de cierta desviación de las cucharas, muy en contra de los fines que el operador persigue, cuando es fiel observante de la escuela que preconiza la tan elegante presa bi-parietal, y la ejecuta para lucimiento de sus habilidades. La toma regular y de mecánica adaptación, la verdaderamente apropiada, es la **transversal**; esto es, la de un lado a otro de la cabeza, supuesto que la forma de las cucharas se ideó para logro de una adaptación de tal naturaleza; y de manera, por otra parte, que el lado convexo de las mismas se aplique o acomode correctamente en la pelvis. Por las mismas razones, a esta manera de coger la cabeza del feto, suelen llamarla “toma ideal”; y también las que existen, por tanto, para aplicar el instrumento según el diámetro que va de un parietal al otro, cualquiera que sea el acomodo en que se detuvo la cabeza en la excavación. Es el **desideratum**; mas en múltiples ocasiones he oído censuras contra operadores que extrajeron cabezas tomadas oblicuamente. Casi, pues, cuestión de amor propio, especie de

honor tocológico, aunque, en verdad, los mismos censores cayeran en igual defecto, muy en contra de sus explicables propósitos de hacerlo bien. Recuerdo a un colega catedrático, que ayudándome en laboriosa aplicación, al observar que la cabeza venía cogida oblicuamente, entró en pena y procuraba cubrir el campo genital, a la vez que, en voz baja, me decía: "que no se vea..." Pero el único testigo de la ocurrencia era una enfermera (eso sí, norteamericana). Un colega demasiado aprehensivo: los más afamados comadrones de México y del mundo entero salen con aplicaciones rigurosamente frontomastoideas. Y son frecuentes, en realidad, tales aplicaciones. ¿De qué dependen? ¿Débase huir de dicha toma, por ser incorrecta aplicación? Precisa estudiar el problema desde el punto de vista de la penetración o encaje de la cabeza del feto, y el acomodo de la misma en la pelvis.

Desde mis primeras intervenciones, cuando en mi ánimo influían los conocimientos y verdaderos dogmas de la escolar teoría, y esperaba encontrar siempre lo que se me había enseñado, pude observar la notable frecuencia con que, al efectuar una aplicación de forceps, se encontraba la cabeza en **postura transversal**, en la excavación pelviana superior. Lo cierto es que en estos casos se trata de una distocia, y que normalmente es probable tener otros hallazgos. De aquí la conveniencia de estudiar lo que de veras ocurre.

No hay para qué llegar a extremos pormenores acerca del mecanismo de penetración del vértice al través del estrecho superior; pero las ideas varían, y en resumen se piensa que el encaje puede verse, desde arriba del plano de ese estrecho, en el estrecho y abajo de él, en tres posturas: en los diámetros oblicuos, en el diámetro transversal, o en ligera oblicuidad. El fenómeno se rige por la Ley de él, en tres posturas: en los diámetros oblicuos, en el diámetro se puede pensar, así parezca vulgaridad el decirlo, que cada mujer, cual tiene su cara propia, tiene su **pelvis**; y que además, teniendo su útero, pare a su modo; bien que las conveniencias científicas propenden lógicamente a sentar principios universales, a establecer promedios y a definir tipos anatómicos. Así, gracias a modernas investigaciones radiológicas, sábese que pueden reducirse a cuatro las formas de la pelvis femenina: tipo **ginecoide**, tipo **androide**, tipo **antropoide**, tipo **platipeloide**. Además de la circunstancia de que ta-

les tipos pueden combinarse, dando lugar a formas mixtas. Y fúndase la clasificación, ventajosa por sus miras antropológicas, en rasgo dominante: el de los caracteres morfológicos del segmento posterior del estrecho superior, o sea la porción que queda atrás del diámetro transversal máximo o anatómico. Ahora bien: los autores norteamericanos que se han ocupado en tan singular asunto, dicen que en los tipos ginecoides y androides, el encaje se efectúa, en 70% de las mujeres, **precisamente en el diámetro transversal.**

La opinión que sostengo, errónea o exacta, deriva de experiencia y no se funda meramente en parecer ajeno; aunque sea verdad, por otra parte, que muchos observadores hayan pensado lo mismo. Y no deriva mi opinión sólo de aplicaciones de forceps, en los cuales he comprobado la referida postura de la cabeza fetal; sino también de exploraciones por la palpación externa, la palpación interna y auscultación; al practicar exámenes clínicos de embarazadas, de parturientas, o de cuando al estar la cabeza todavía en la excavación superior, he tenido que punzar artificialmente la bolsa; y lo más importante aún, como consecuencia de lo observado en operaciones cesáreas.

Si en la mayoría de las mujeres penetrase la cabeza en postura oblicua, ¿por qué, entonces, con frecuencia la vemos transversalmente acomodada? Tendríamos que admitir, en consecuencia, que después de atravesar el estrecho, como se dice que es frecuente, en oblicua anterior (izquierda o derecha), giraría hacia atrás para situarse en posición transversal, o girar definitivamente adelante para la expulsión. Es cierto que el encaje puede ocurrir así; pero lo más frecuente es que la cabeza se introduzca en sentido transversal y que al fin por razones distócicas se detenga en dicha postura, o atraviere el mencionado estrecho con el occipucio atrás y en diámetro oblicuo, resultando la **postura posterior primitiva**, cuya evolución será posible en una de dos direcciones: ya en descendimiento posterior hasta la expulsión, ya en rotación hacia adelante, aunque detenida, en ocasiones, en postura transversal; lo que ha hecho decir a algunos observadores, que las posiciones transversales son posteriores en evolución. Es un hecho indudable. Y tocante a mi criterio, páreceme que después de acomodada la cabeza en posición transversal desde el estrecho superior, girará hacia adelante pasando por O.I.A., o por O.D.A., hasta al-

canzar la anterior directa. No sería lógico pensar en la rotación hacia atrás después del encaje transversal; razón por la cual debemos admitir que en los casos de posteriores, la penetración fué directamente atrás, es decir, en relación con la sínfisis sacroiliaca; y sin embargo, hay quien afirma que así acaece; es decir, que de transversal se convierte en posterior.

Mientras la cabeza permanece libre o se aboca, su actitud casi siempre es intermedia, salvo los casos en que un encaje dificultoso da por inevitable resultado que la cabeza se doble exageradamente, como por la palpación externa es fácil comprobarlo; pero aun así la posición casi siempre es transversal; de manera que el occipucio se encuentra a un lado y la frente en el opuesto; el dorso directamente hacia afuera, el hombro y el foco de auscultación, que por lo general coinciden, lejos de la línea media; y al paso que desciende, conservándose transversa, en esta postura la encontraremos cuando ocupe definitivamente el piso superior de la excavación, y permaneciendo así hasta alcanzar el segundo plano de Hodge, rebasarlo y aun alcanzar el tercero.

Veamos ahora algunas opiniones de mucha autoridad.

“Cuanto más elevada es la cabeza—dice Naegelé—más se aproxima su diámetro mayor al diámetro transversal de la pelvis y más oblicua es su dirección”. La oblicuidad se refiere aquí al asinclitismo anterior, que discutía y no aceptaba, por razones poderosas, el tocólogo inglés Duncan. Smellie (1752) describía la flexión y la orientación transversal de la cabeza en el estrecho superior, “en el momento en que las aguas se derraman”. Smellie, además, fué campeón en la teoría del asinclitismo posterior. Este asunto no entra en el plan de este trabajo.

Joseph B. de Lee, después de cuidadosos estudios en centenas de partos, asegura que la cabeza penetra transversalmente en la mayoría de los casos. Y la opinión de Satugin, ruso, coincide con la nuestra, en el sentido de que cuando el occipucio ha transpuesto el estrecho, gira hacia adelante o hacia atrás; y si entra en diámetro oblicuo y con el occipucio detrás, resultará la posición posterior. Una sola diferencia: la de que el partero ruso admite la rotación de transversa hacia atrás, lo cual no parece lógico, según se dijo; pero que si es un hecho de observación de quien lo afirma, podría admitirse a reserva de investigarlo.

El sentir de Williams corresponde a lo que de veras ocurre en clínica. Es probable, dice, que una gran proporción de casos que se registran con diagnóstico de O.I.T. u O.D.T., originalmente fueron de encaje con el occipucio en la extremidad posterior del diámetro oblicuo; o como antes se manifestó, posteriores primitivas en evolución. En ocasiones innúmeras se ve el paro profundo en postura transversa y se establece diagnóstico hasta el momento de la intervención operatoria, o cuando los fracasos con el forceps hacen ver que éste no se aplicaba a los lados de la cabeza, sino en los de la pelvis, en aplicación **frontooccipital**. Más aún, que estudios radiográficos de Caldwell demuestran exceso de transversas (60%) sobre las oblicuas.

“El encaje—dice Beruti—se verifica con la sutura sagital en el diámetro transverso o ligeramente oblicuo del estrecho superior, y con una inclinación más o menos acentuada de los parietales. . .” “La cabeza, que ha transpuesto el estrecho superior bajo la acción motriz del útero, desciende sin rotar hacia la excavación; pero cuando se aproxima al codo del canal, inicia un movimiento o tirabuzón en forma tal que una vez terminado dicho movimiento, la sutura queda dispuesta en sentido anteroposterior y la fontanela menor hacia delante”. “**La rotación cefálica externa** orienta la cabeza en la misma posición aproximada que tenía en el momento del encaje. El occipucio rota hacia el costado del dorso fetal”. (Lo cual se debe, como se recordará, a la rotación interna de los hombros en sentido anteroposterior).

Las ideas del afamado tocólogo Beruti están inspiradas con entusiasmo en las teorías de Sellheim, por cuanto se refiere al mecanismo del alumbramiento. Para Beruti, la Ley de Pajot no es explicación, sino tan sólo un hecho; y en tal virtud, prefiere el principio del tocólogo germano, que enuncia como sigue: “Cuando un cilindro regularmente flexible (feto) tiene que atravesar un cilindro hueco (canal del parto), este cilindro está forzado a girar sobre su eje longitudinal (rotación interna) hasta que la dirección de su más fácil flexibilidad (nuca, en la presentación de vértice), coincida con la de la incurvación (eje del canal)”.

No es lugar de discutir los principios toconómicos de Pajot y de Sellheim. Mas debo hacer hincapié en que el profesor Beruti ideó un curioso aparato para demostrar el movimiento de rotación

o "turbinal", según lo llama, de un cuerpo (feto) al través de un tubo de vidrio con un codo cerca de su terminación. El tubo es el conducto pelvigénital; y colocado el móvil (feto) a la entrada del mismo tubo, en **postura transversa**, como la cabeza fetal en el estrecho superior, lo hace avanzar por un mecanismo hidráulico hasta el codo, sitio en el cual, la extremidad cefálica del cilindro flexible toma la postura directa, anteroposterior. El aparato es ingenioso; pero como canal de parto, sumamente rudimental; de manera que su empleo para la enseñanza demuestra un parto de artificio. Y como el autor declara, su invento no debe tomarse sino como "ensayo". Sin embargo, un fenómeno clínico podría invocarse en pro de la teoría de Sellheim-Beruti: que en muy reciente aplicación del Tarnier, en cabeza detenida en postura transversa derecha, tuve que hacer segunda aplicación, a fin de coger la cabeza por el diámetro biauricular; y pude observar con sorpresa, tan pronto como inicié la nueva tracción, que la dicha cabeza, con movimiento fácil y rápido, giró espontáneamente con el forceps hasta colocarse en postura casi directa anterior. Había llegado al codo del canal.

El partero belga N. Charles admite el encaje en postura oblicua. Farabeuf es de igual parecer. Fabre asegura que la penetración en pelvis normales se efectúa en posición oblicua y con flexión moderada. Demelin acepta igual mecanismo de penetración, agregando que si el encaje ocurre en transversa, "casi siempre indica que el estrecho superior está reducido de adelante hacia atrás". Y Jules Rouvier hace ver que los diámetros oblicuos del estrecho superior se llaman "diámetros de encaje o penetración", y que a pesar de que el transverso es más largo, resulta menos practicable, por estar más cerca del promontorio. Farabeuf y Varnier exponen que la penetración transversa acaece por excepción. Maygrier y Schwab se decidieron por la postura transversa mientras la cabeza no se encaja, "por lo menos en la mujer múltipara"; pero desde los comienzos del parto girará hacia adelante, adaptándose al oblicuo izquierdo de la pelvis; y únicamente en pelvis aplanadas se podrá observar el encaje transverso en combinación con inclinaciones asinclíticas. Según Pierre Budin y Demelin, los diámetros cefálicos anteroposteriores, que son los más largos, quedan en relación con el transversal o los oblicuos; de manera que la cabeza franquea el

estrecho en postura transversa o en oblicua; y respecto a las posiciones transversas definitivas en el momento del parto, no se encuentran habitualmente sino en mujeres de pelvis plana; pero en el estrecho superior, la cabeza doblada antes de penetrar, lo más a menudo se coloca en variedad transversa, al principio del descendimiento y cuando la mujer yace en decúbito dorsal; y lo que he pensado y antes expuse: que después sobrevienen movimientos accesorios que acomodan a la cabeza para el encaje de vértice, y son, entre otros, el ligero de rotación, que hace pasar la cabeza de la variedad transversa a la variedad oblicua, anterior o posterior, según el caso. Es de pensarse que tal mecanismo es el efectivo y que lo enunciado por Budin y Demelin refleja la verdad; y naturalmente, si ocurre detención de la cabeza en tal variedad, queda constituido, comúnmente el fenómeno distócico, tributario del forceps. Las manos conductoras comprobarán lo que antes se dijo: **cabecita detenida en postura transversa**. Henry Varnier no admite el encaje más que en diagonal; y si aún se encuentran las variedades transversas, es que no son primitivas como en el estrecho superior, sino **secundarias**, además de transitorias entre las oblicuas posteriores, en vías de rotación, y las oblicuas anteriores.

Es sabido de todos los tocólogos que Farabeuf, en colaboración con Varnier, escribió interesantísimo libro en el que hay excelentes dibujos de su propia mano: **Introduction a l'étude clinique et a la pratique des accouchements**. En libro tan didáctico no se ve más que precisión en sus líneas; todo en él es esquema y arte en cualquier sentido; y es allí donde los autores hablan de tres diámetros transversales en el estrecho superior, entre los que el **intermedio**, que pasa por el centro, "sí es bastante largo" (por lo menos de 12 centímetros), resultando "practicable": es el central. Pero, más bien, los practicables son los oblicuos centrales, según dicen; esto es, "los más aptos para recibir el diámetro mayor del polo fetal encajado. En la mujer viva, el diámetro oblicuo izquierdo, que casi siempre es el escogido por el diámetro fetal más grande, excede sin duda, también en longitud sobre el oblicuo derecho". A mayor abundamiento agregan, que cuando la cabeza doblada se encaja en el estrecho superior, el occipucio queda volteado, como el dorso del feto, hacia la izquierda o hacia la derecha, y no directamente transversa, sino un poco más adelante o poco más atrás...

Nada raro es, en tal caso, que si el "diámetro mayor" del vértice es el "suboccípitobregmático", prefiera un diámetro pelviano grande y más frecuentemente el izquierdo. "Excepcionalmente queda el occipucio directo hacia afuera"; concretando Farabeuf su opinión en esta frase: "Presentándose la cabeza primero transversalmente, oblicuamente después, hace descender su prominencia posterior a un lado del promontorio, y su prominencia anterior detrás del arco pubiano".

De minucioso observador es cuanto expone Farabeuf; y estamos de acuerdo sobre que sea el diámetro S.O.B. el mayor del vértice, pues resultado de la flexión es precisamente el acomodo de la circunferencia suboccípitobregmática; y tal circunferencia es la dominante (o debe serlo) en todo el mecanismo del vértice, por ser nada menos que la mínima de la cabeza. Nuestra definición del segmento toconómico llamado **el vértice**, fúndase en tal hecho; definición, pues, de verdadero carácter funcional: **vértice es el segmento toconómico, separado arriba y atrás de la cabeza por el plano suboccípitobregmático**. Y cuando la cabeza sale con fuerte deformación plástica, se ve con precisión lo que es el vértice, y cual, si de propósito, se le hubiere amoldado; teniendo además aspecto dolicocefalo.

El criterio varía, en consecuencia, como siempre en clínica, según condiciones múltiples de observación, los conocimientos del autor, y los puntos de vista en que éste se coloque; y no será fácil resolver el problema, en lo sucesivo, mediante recursos comunes, ya agotados, de exploraciones táctiles. Rumbos nuevos conviene emprender; y bajo este concepto la radiografía, mejorada su técnica, a fin de que logre la captación de imágenes donde aparezcan suturas y fontanelas con claridad, será la que señale con exactitud los diversos contactos de la cabeza en el canal pelvigenital; contactos de mutua adaptación entre el continente y el contenido, como hecho cierto de la célebre Ley de Pajot.

La aplicación alta de forceps, o sea en cabeza móvil o simplemente abocada, se ha desechado en clínica moderna. Aplicación alta sería, en la actualidad, únicamente aquella que se practica en cabeza fija, que es cuando los diámetros O.F. y S.O.F. se conjugan con la circunferencia del estrecho superior; y aun en estas condiciones no siempre es fácil la operación. Las aplicaciones bajas dan

las tomas que se llaman **ideales**; pero muchas podrían evitarse con ocitócicos, ya ejecutando maniobras digitales, por episiotomía, compresión uterina, o por simple corrección de oblicuidades del útero. La aplicación de altura media se efectúa en cabeza detenida en la excavación superior, cuando el segmento fetal la ocupa plenamente; y si es cierto que puede el operador encararse con posiciones occipitales I.A., D.A., D.P., I.P., lo más frecuente según lo antes dicho sobre el encaje, es que se empeñe contra **postura transversa**: cabeza, entonces, con flexión insuficiente, sinclítica o asinclítica, en condiciones, a las veces, de desproporción céfalopelviana, ya en pelvis normales, ya en pelvis con estrechez (asimétricas, de tipo plano, o de reducción total, frecuentes en México). La cabeza del feto, además, cuanto a la altura que guarda en la excavación, ya alcanza el segundo plano de Hodge, rebasándolo más o menos, ya se pone en contacto del tercero de los planos paralelos.

Ahora bien: casi de regla es, en tales condiciones distócicas, que antes de aplicar el instrumento se intente la rotación manual. A las veces se logra; pero casi siempre se dificulta o se hace imposible; y se oponen a la movilización los siguientes factores principales: retracción, casi siempre con formación de anillos; inmovilidad del tronco, de manera que el cuello fetal, si se violenta el acto, puede sufrir torción peligrosa; vueltas apretadas del cordón umbilical (y en este caso suele la cabeza recuperar la posición viada, no bien la suelta la mano); y por último, la circunstancia de que a esas alturas no ocurre fisiológicamente la rotación del occipucio hacia la postura directa, señaladamente si la cabeza es voluminosa. Aquí recordaré al distinguido maestro don Fernando Zárraga, quien al optar por la rotación manual, en aquellos casos donde la cabeza "no está muy encajada", la tomaba por la parte encajada, la empujaba hacia arriba para desencajarla, y por fin la rechazaba más allá del promontorio, y una vez salvado éste, convertía la posición posterior derecha en anterior izquierda y la posterior izquierda en anterior derecha, con el objeto de aplicar a continuación el forceps, el cual según su parecer, "trae la cabeza rápida y fácilmente". (**Trabajos de Obstetricia**. Año de 1910). Loado sea el grato recuerdo del maestro, tan erudito que fué en medicina; mas su maniobra parece algo imaginativa, sobre todo al pensar en clínicas realidades. Primero, extraño es el acto de convertir la

posterior en anterior del mismo diámetro, dado que, para evitar vuelta tan grande, quizás bastaría con dejarla, de paso, en la extremidad anterior del diámetro opuesto: así, la posterior derecha, por ejemplo, cambiaría en anterior del mismo lado. Más todavía, en el caso de lograr el desencaje, quedaría el operador en condiciones de aplicar forceps en cabeza libre; aplicación completamente indebida en cuanto al orden obstétrico, sentado ya por experiencia. Desencajada en dicha forma una cabeza, preferible sería, de no haber contraindicación, ejecutar la clásica inversión podálica.

De tres maneras es posible aplicar el forceps, aunque decirlo parezca ocioso: 1a. Transversalmente con relación a la pelvis, o lo que es lo mismo en sentido anteroposterior en la cabeza: toma **occipitofrontal**; 2a. En diámetro directo de la pelvis o biparietal en el feto: toma **ideal**; y 3a. En aplicación intermedia, por decirlo así, oblicua en la pelvis, y también oblicua o diagonal en la cabeza: toma **frontomastoidea**.

La primera aplicación se ha calificado de "feticida". Siendo pequeña la cabeza, puede lograrse aun la extracción completa en tan incorrecto modo; mas el proceder no es clínico, no es honroso (dirían personas exigentes), no es estético, y a las veces es motivo de que el forceps escape o se zafe. Parteros norteamericanos hay, sin embargo, que no se preocupan de ciertos pormenores, y aplican el forceps transversalmente en la pelvis, para ejecutar segunda aplicación, si fuere necesario. Veremos adelante cómo procedía don Juan María Rodríguez. Aplicaciones de esta especie he visto, como resultado de falso diagnóstico de la posición, o tras alguna maniobra manual, en casos de reproducción de la postura viciada.

La aplicación biparietal o biauricular puede dificultarse, ya que la cuchara posterior tropezará inevitablemente con el promontorio, sobre todo si hay estrechez, a más de que la anterior no encuentra buen acomodo bajo el arco pubiano. Si la cabeza no es voluminosa, quizás se logre la toma; pero si acaece lo contrario, el operador de conciencia, al sentir que la cabeza está en apretura dificultosa, no insistirá, supuesto que las cucharas podrían causar heridas en la vagina y hasta en la vejiga.

Llégase, por tanto, a la situación del operador en el término medio de la toma frontomastoidea; aplicación que puede ser ejecutada de propósito, en aquellos casos en que la rotación manual

no pudo efectuarse o no se creyó necesario realizarla, y también cuando la toma biparietal fracasó; o resulta inadvertidamente por error de diagnóstico, así como en los casos en que se reproduce la postura transversa; también por deslizamiento de las cucharas en el momento de articularlas, lo mismo que al practicar la vuelta de Madame La Chapelle, y más aún, si el ayudante no fija bien la primera rama, o si el operador carece de ayudante, quedando en tal caso la dicha rama como al garete, por más que haya ejecutores hábiles que afirman no necesitar de ayudante en sus aplicaciones. Páreceme que la toma resulta inadvertidamente en muchas operaciones; así es que será preferible ir directamente a la giba frontal y a la apófisis mastoides, y no proceder a ciegas, ignorando en qué puntos quedará el forceps aplicado.

La toma frontomastoidea puede lesionar el ojo o producir herida, hasta con exposición del hueso, en el frontal. Estas heridas suelen ser hemorrágicas, y ya he visto que no debidamente tratada una de ellas, causó hemorragia que pudo ser mortal. Cuando ocurra esta lesión, aplíquese un pequeño apósito de gasa (bastando dos hojitas), y al través de la misma, una grapa de Mitchel, pues generalmente la herida no pasa de seis a ocho milímetros. Al retirar la grapa en su oportunidad, se verá que la cicatrización se ha logrado por primera intención.

Demelin cree que "es una ilusión, una vana apariencia de exactitud, perseguir la conformidad perfecta de cuchara y cabeza; conformidad si no imposible, fortuita cuando menos y excepcional"; y agrega: "Si se pretende aprovechar siempre esta curva pelviana en su pleno rendimiento, se adopta uniformemente la toma directa (occítopubiana, aunque la cabeza ocupe posición oblicua o transversa) o se renuncia a las tomas biauriculares, simétricas con relación al plano sagital de la cabeza. A ello se ha resuelto la mayoría de los parteros alemanes e ingleses; y a lo cual (salvo excepciones) no consentimos en Francia". De manera que "sería preferible aplicar las cucharas **oblicuamente con relación a la cabeza**, al mismo tiempo que a la pelvis, y resolverse a una toma frontomastoidea". (*Les mains de fer.* L. Demelin).

Para Marcel Metzger "no tiene importancia" la toma asimétrica; dice que no describe lo que debe ser teóricamente, sino lo que ocurre en la práctica; y "a riesgo de suscitar críticas, puede

decirse que, salvo en las posiciones directas, la aplicación del forceps Tarnier rara vez se ejecuta siguiendo el eje occípito mentoniano". Fabre, de acuerdo con Farabeuf, prefiere aplicar simétricamente en el diámetro biparietal; mas en postura transversa, aconseja la toma frontomastoidea. Para Manuel Luis Pérez, de Buenos Aires, esta toma facilita los deslizamientos durante las tracciones, y por el posible traumatismo en la órbita y la parálisis facial, "no se debe servir de este recurso, si no resulta imprescindible"; y se recurrirá a dicha aplicación sólo cuando sea muy difícil colocar las cucharas en el diámetro anteroposterior de la pelvis. Y Pérez afirma que en el estrecho superior casi siempre está orientada la cabeza en el diámetro transversal. Devraigne opina que las posiciones transversas son posteriores en vías de rotación, y dice que en el estrecho superior todas las tomas son malas y peligrosas para la madre y el niño; por lo que el intento de aplicar el forceps longitudinal o transversalmente respecto a la pelvis, equivale a ejecutar **basiotripsias disfrazadas**. Ernest Bumm prefiere adaptar el instrumento a la postura de la cabeza, y señala un hecho que todos hemos observado: que cuando la cabeza está "ligeramente oblicua" (aun bien oblicua, agregaremos por parte nuestra), si se aplica el forceps transversalmente en la pelvis, la cabeza termina su rotación, y si el hecho no acaece al colocar las cucharas, ocurre en el momento de articularlas. Cree que "es imposible" aplicar el forceps en el diámetro anteroposterior de la pelvis, así como que la toma frontooccipital es indebida; de lo cual resulta la oportunidad de aplicarlo oblicuamente. Hace notar que "en el curso de la extracción, la cabeza comienza a girar en el forceps". La verdad, con el Tarnier, que fija sólidamente la presa, no he observado la rotación cefálica entre las cucharas, salvo que el fenómeno haya pasado inadvertido para mí. En cambio, la rotación espontánea del forceps con la cabeza entre sus ramas, es hecho frecuente, según se sabe. Otras veces será preciso ejecutar maniobras de rotación instrumental, que o se dificultan, o son imposibles; por lo cual dice Bumm: que las rotaciones en el maniquí son fáciles; pero en la clínica, dificultosas y no carecen de peligro.

Brindeau y Lantuéjoul piensan que las tomas frontomastoides "no son más de un peor es nada"; sin embargo, siendo "imposible de realizar" y peligrosa la toma en el diámetro anteropos-

terior pelviano, "debe renunciarse" a ella y proceder como la mayoría de los parteros mediante aplicaciones asimétricas. Asegura que en la práctica, dicha aplicación se pronuncia contra uno mismo.

Joseph B. de Lee advierte sentenciosamente: que aplicar forceps en cabeza flotante, es equivocación del arte; y que si la cabeza es transversa, la única aplicación sería la sacropubiana; pero que entonces es mejor aplicar en un diámetro oblicuo de la pelvis, lo cual daría por resultado la toma en un malar por un lado y en el parietal por el opuesto. Tocante a Farabeuf, puede la toma oblicua ser realizada voluntariamente, por imposibilidad de ejecutar otra mejor, o por simple torpeza. Hecha de propósito no es defendible; y la circunstancia de que la cabeza fetal sea pequeña y la pelvis amplia, y que se pueda coger el feto como quiera, no son razones que permitan violar las reglas establecidas. Y Charles asegura: que no siendo posible coger transversalmente cabezas en postura transversa, para aproximarse en lo posible a dicha toma, se practica la aplicación diagonal, teniendo únicamente cuidado de que la curva cóncava del forceps quede hacia el punto que debe girar adelante. A las veces gira la cabeza por sí misma, de manera que las gibas parietales se acomodan en las ventanas de las cucharas; además de que se cuenta con un proceder recomendable: el de comenzar por hacer que la cabeza gire con la mano, para cambiar la postura en anterior.

En conclusión: el encaje o penetración de la cabeza al través del estrecho superior ocurre en postura transversa, en la mayoría de los casos; y cuando la misma cabeza se detiene en su descendimiento en la excavación pelviana superior, y la distocia debe resolverse por aplicación de forceps, el instrumento puede causar daños irreparables, si es aplicado en dirección occípitofrontal (salvo excepciones muy limitadas). Que es posible, aunque no siempre fácil, tomar la cabeza en el diámetro transversal, a fin de hacerla girar y descender, para extraerla merced a segunda aplicación, si fuere necesario. Que lo más frecuente es que se practique la toma llamada oblicua o diagonal, o dicho con precisión, **toma frontomastoidea** (frente, ojo, malar, apófisis mastoides), la cual resulta de un propósito operatorio, siendo así, aplicación de necesidad; o proviene inesperadamente, sea por torpeza o porque, después de haberse creído que se logró la rotación manual, la cabeza recupera

su viciosa posición entre el forceps, generalmente al practicar la maniobra de Madame La Chapelle o en el momento de articular las cucharas. Que la toma frontomastoidea puede originar lesiones en el ojo, en la órbita, en la frente, así como parálisis facial, aparte de raras parálisis braquiales, cuando la extremidad de la cuchara avanza demasiado hacia el cuello. Tengo casos de esta especie de parálisis, las que también como las faciales desaparecen espontáneamente.

Si en México se ha pensado que la aplicación más apropiada del forceps es la **biparietal**, será porque los principios nuestros ahincan en la **escuela francesa**. El método francés—dice Charles—consiste en aplicar bien las cucharas con relación a la cabeza, según el diámetro biparietal (por ambas orejas, dicen algunos autores, o por el diámetro preauricular, como otros expresan); y que cierta escuela francesa insiste en ello, aun estando la cabeza en posición transversa; sin embargo de que, añade, varios parteros franceses lo han condenado, y en la actualidad ya no tiene partidarios. (4a. Ed. de N. Charles, publicada en 1903).

Un gran clínico mexicano, el partero don Juan María Rodríguez, escribía con singular claridad y decía lo que su experiencia le había enseñado sobre aplicaciones del forceps en manos de buenos prácticos de su época. Damos fin a estos apuntamientos transcribiendo, en merecido recuerdo del maestro, un pasaje interesante de su **Guía Clínica del Arte de los Partos**, 3a. edición, de 1885.

“Supuesto que la figura del forceps ha sido adecuada á la forma del canal pélvico, sus bordes cóncavos siempre deberán estar dirigidos adelante, y los convexos atrás: y puesto que á la par que ha sido adecuado para tomar la cabeza en dirección del diámetro biparietal, ó sea por las orejas, cuídese con esmero de poner las cucharas de modo que cada una de ellas quede aplicada sobre la región parietal correspondiente, procurando que los bordes cóncavos miren en el sentido de la región que en cada caso debe ser conducida bajo del arco púbico. Como quiera que esta regla puede ser fielmente cumplimentada cuando la cabeza está muy baja (excavación, estrecho inferior) y no puede serlo cuando está bastante alta (un poco abajo del estrecho superior); en el primer caso las cucharas toman la cabeza conforme dicho queda, y en el segundo, hacia uno y otro lado de la pelvis (diámetro biiliaco), mientras se la baja;

una vez llegada á la excavación, se desmonta el instrumento, se extraen las ramas haciéndolas retroceder en el mismo camino que llevaron al entrar, é incontinenti se procede á una nueva aplicación, para situarlas conforme á la regla que sigue: **Las manos siempre deben servir de guía durante la introducción y colocación de las cucharas**".

Por último: en virtud de que el forceps sigue ocupando prominente lugar en nuestros días, evoquemos las palabras de Demelin: "Pero si los principios de las manos de hierro son fijos como un teorema, sus realizaciones o aplicaciones exigen numerosas pesquisas todavía".