

Universidad de Valparaíso
Chile



00031621

*El Colegio D. D. Marcella
Don F. de A. Puello*

MANUAL

D. J. Puello

DE

OPERACIONES

V. 8. 39.

OBSTETRICAS

POR EL

Dr. FEDERICO ANKELEN H.

2.a Edición.

(Corregida y aumentada)



CENTRAL DE PUBLICACIONES

Catedral 1317 - Casilla 38

Santiago de Chile

1939

ES PROPIEDAD
Inscripción No. 4645

74. 0305

INTRODUCCIÓN A LA PRIMERA EDICIÓN

Este trabajo ha sido redactado con el único fin de ser una «Guía de Operatoria Obstétrica» para los médicos prácticos y estudiantes de medicina. Por lo mismo, no está dedicada al ginecólogo-tocólogo especialista, pues, al alcance de él están los grandes Tratados de Obstetricia.

Concebí la idea de escribir una Guía Operatoria Obstétrica durante mi viaje de estudio a Alemania y Austria. Fué en las clínicas alemanas y austriacas en donde se enriquecieron mis conocimientos en cursos teóricos y prácticos de perfección; y, estando a mi alcance la literatura obstétrica, vine a conocer esos pequeños manuales dedicados al médico práctico y al estudiante.

En todas partes del mundo, y así también en Chile, le es difícil al estudiante de medicina adquirir, dado el precio exagerado de que adolecen las obras de medicina, los Tratados de Obstetricia y lo que es el médico práctico, generalmente, le falta el tiempo para dedicarse a leer los tratados clásicos y formarse un concepto claro de su actuación obstétrica.

La simple traducción de uno de los manuales obstétricos habría sido más fácil. Me abstuve de hacerlo, para no seguir estrictamente una escuela determinada. Escribí este trabajo tomando por base obras españolas, alemanas, francesas e inglesas.

Tratándose de una Operatoria Obstétrica he prescindido en lo posible de la clínica, y de exagerar la terminología científica y los nombres propios. Aparecen, pues exclusivamente los términos técnicos y nombres propios de maniobras y operaciones obstétricas cuyo conocimiento deben estar al alcance de todo médico práctico.

Con respecto a los grabados que aparecen, han sido tomados en su mayoría del Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs, de Albert Döderlein. Posiblemente sean demasiado esquemáticos, a pesar de eso, ayudarán al lector para formarse una idea de las operaciones obstétricas.

Valparaíso, Marzo de 1936.

Dr. *Federico Ankelen H.*

INTRODUCCION A LA SEGUNDA EDICION

Honda satisfacción ha sido para mi el interés demostrado por parte de los señores médicos y estudiantes de medicina para con la Guía de Operatoria Obstétrica.

Los frecuentes pedidos de un ejemplar, y encontrándose agotada la Guía de Operatoria Obstétrica, me ha alentado para sacar a luz una segunda edición con el nombre de Manual de Operaciones Obstétricas.

En esta segunda edición he procurado perfeccionar algunos capítulos, corrigiéndolos y tratando de dejarlos al día con respecto a la literatura obstétrica, dándole una especial importancia a la literatura nacional.

Valparaíso, Abril de 1939.

Dr. *Federico Ankelen H.*



OPERACIONES OBSTETRICAS.

El técnico acabado con manos sucias, el técnico rudimentario con manos cubiertas de guantes asépticos y el partero ignorante, son los individuos más peligrosos en la Obstetricia.

Poseer una asepsia rigurosa, técnica perfecta y criterio para poder apreciar debidamente cada problema obstétrico, son parte de las condiciones necesarias para llegar a ser un buen operador obstétrico.

W. STOECKEL

Pude comprobar cuán diferente es la práctica de la obstetricia en los hospitales y clínicas. del ejercicio duro y penoso de esta profesión a domicilio.

ANDREA MAJOCCHI.

(La Vida de un Cirujano).

El parto, acto por el cual se expulsa por los genitales el producto de la concepción, una vez llegado a la época de su viabilidad, está formado por un conjunto de fenómenos fisiológicos que siempre deberá conocer y respetar el partero. Solo así evitará intervenciones supérfluas que lejos de beneficiar a la madre o al feto, acarrearían peligros para uno de los dos o para ambos.

El mecanismo del parto, con que la naturaleza ha donado a la mujer es tan maravilloso, que ningún tocólogo, por avezado que sea en Operatoria

Obstétrica, ninguna Operación Obstétrica por elegante, sencilla que parezca, le puede substituir. Es el tocólogo sereno que, conociendo y respetando las leyes naturales del parto, el que más beneficio prestará a una parturienta en el caso de una distocia.

El tocólogo hábil, después de un concienzudo examen, fundamentará su indicación operatoria no sin haber antes hecho los siguientes razonamientos:

- 1.º) ¿Existe alguna indicación para intervenir?
- 2.º) ¿Existe peligro para la madre?
- 3.º) ¿Existe peligro para el feto?
- 4.º) ¿Es posible que las fuerzas naturales de la madre venzan la complicación existente?

5.º) ¿Qué peligros puede acarrear a la madre o al feto la intervención que se piensa efectuar?

Las indicaciones obstétricas se dividen en absolutas y relativas.

Las indicaciones absolutas son aquellas en que existe peligro inmediato para la vida de la madre o del feto.

Son indicaciones absolutas:

- 1.º) Amenaza de una ruptura uterina. Eclampsia.
- 2.º) Hemorragia (por ejemplo: por placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, hemorragia del alumbramiento, etc.)
- 3.º) Detención del parto debido a:
 - a) Atonía uterina primaria o secundaria;
 - b) Rigidez de las partes blandas;
 - c) Desproporción pelvifetal.

4.º) Enfermedades generales que ponen en peligro la vida de la madre. (Enfermedades infecciosas agudas, Cardiopatías, Nefritis, etc.)

5.º) Peligro de la vida del feto.

Indicación relativa es aquella en que no existiendo peligro inmediato para la vida de la madre o del feto, podemos elegir entre varias intervenciones a nuestro alcance.

Pongamos como ejemplo una parturienta con estrechez pelviana límite. Hay tocólogos que esperan la prueba del trabajo, observan si la cabeza fetal se encaja y, ayudarán, en caso de producirse una inercia secundaria, con una aplicación de fórceps. Otros preferirán intervenir, si no hay encajamiento, con una cesárea, una versión profiláctica, etc.

CAPITULO I.

Analgesia y Anestesia en Obstetricia.

Desde la antigüedad datan los medios recomendados para obtener la supresión de los dolores del parto. Siempre el hombre se ha revelado en contra del aforismo del Pentateuco: «Parirás con dolor». Cuenta G. Klein, que ya en el siglo XV los comadrones usaban ciertas solanáceas (escopolamina?) para producir una analgesia durante el parto. Las experimentaciones con diversos narcóticos se han sucedido y aumentado; sin embargo, podemos afirmar que ni aún en la actualidad, el problema de la analgesia obstétrica se ha solucionado. Los medios que se recomiendan hoy día no son capaces de suprimir el dolor sin que sobrevenga ninguna acción secundaria molesta o peligrosa para el feto o para la madre.

De los métodos más antiguos uno, y que aún cuenta con muchos partidarios, es la analgesia producida con Cloroformo o éter en inhalaciones: a la reina. Fue usada por primera vez el año 1833 por un tocólogo inglés que asistía a la reina de Inglaterra. Encontrándose la parturienta en período de expulsión se la hace absorber durante cada contracción dolorosa, un par de gotas del narcótico. En los intervalos se retira la máscara. Podemos recomendar esta narcosis en enfermas nerviosas y que sienten mucho dolor en cada contracción uterina.

Krönnig y Gauss, idearon el año 1905 un método de analgesia obstétrica haciendo uso de la escopolamina asociada a la morfina. Administrando, según un esquema ideado por ellos, a la parturienta cada cierto tiempo una inyección de estos preparados, consiguen en ella el llamado «sueño crepuscular». Este sueño produce una analgesia con amnesia retrógrada para los dolores del parto. Hoy día el método de Krönnig y Gauss ha caído en desuso por los peligros que acompañan a la analgesia, en especial, para el feto. La mayoría de los fetos nacen con asfisia muy difícil de combatir.

Nosotros podemos aconsejar, siempre que sea necesario, el uso de la anestesia del cloroformo a la reina. Ella constituye un buen medio para aliviar los últimos y tan dolorosos minutos del parto. Cuando la cabeza comienza a comprimir el periné se empieza a hacer inhalar el cloroformo a gotas hasta que se produzca un ligero estado de inconsciencia y supresión de los dolores. Se ha de cesar en las pausas de éstos para repetir las inhalaciones cuando se inicie una nueva contracción.

Si el problema de la analgesia no ha sido solucionado aún, no podemos decir lo mismo de la anestesia en obstetricia. Estamos al día de hoy en posesión de medicamentos anestésicos que juntamente producen una buena anestesia, supresión absoluta de los dolores y relajación completa de los órganos pelvianos, no ofrece casi peligro para la madre y el feto.

Toda intervención obstétrica deberá ejecutarla el tocólogo encontrándose la enferma bajo anestesia general. La anestesia general de una parturienta tiene la ventaja que el médico podrá trabajar con mayor calma, con un útero relajado; suprimirá en la mujer el dolor, la angustia y nerviosidad, y los movimientos de defensa que ella ejecutará instintivamente al querer maniobrarla estando ella en pleno conocimiento.

Contamos al día de hoy con dos clases de anestesia para conseguir una anestesia perfecta: la anestesia por inhalación y la raquianestesia. El tocólogo rural hará uso siempre de la primera, en las clínicas estará indicada en ciertos casos la segunda.

Para la **anestesia general** se usará el cloroformo o el éter. Para la administración de estos medicamentos se usará simplemente la máscara, o el aparato de Tuffier para el cloroformo, o el Ombredanne para el éter. Al médico rural podemos aconsejar el uso del aparato de Tuffier por sus evidentes ventajas que posee: muy manual, de uso fácil, buena anestesia clorofórmica.

Si se cuenta con ayudantes idóneos, la práctica de la anestesia es sencilla: la parturienta es narcotizada en la cama, y cuando ya está en estado de relajación, se coloca en la posición necesaria para la desinfección y operación. Cuando se encuentra profundamente narcotizada, se separa la máscara y se tiene todavía tiempo suficiente para volverse a lavar las manos con alcohol y con solución de sublimado, y practicar una aplicación de fórceps o una versión. Como que mientras dura la operación el médico tiene a la parturienta bajo su inspección inmediata, le es fácil seguir la marcha de la respiración y observar desde su principio cualquier trastorno que se desarrolle en ésta. Encontrándose la parturienta bajo esta vigilancia constante, en cuanto empieza a reaccionar, la matrona le aplica de nuevo la máscara, echando sobre ella unas cuantas gotas de cloroformo. En casos dados, sin esperar la expulsión de las secundinas, puede utilizarse la narcosis clorofórmica para hacer la sutura del periné.

Evipán Sódico:

En el año 1933, la I. G. Farbenindustrie, Bayer, lanzó un nuevo anestésico llamado Evipán Sódico, derivado del Veronal. En Alemania fué usado por primera vez en Ginecología y Obstetricia durante el año 1934. Nosotros hicimos los primeros ensayos durante el año 1935, y expondremos a continuación las experiencias adquiridas.

Tiene el Evipán Sódico la ventaja de no ser preciso que la paciente se encuentre en ayunas, debiéndose cuidar solamente de que la narcosis no se inicie con el estómago repleto.

La solución de Evipán Sódico se prepara un poco antes del uso. Se disuelve la substancia seca en la misma ampolla inyectando 10 cc. de agua destilada. Para obtener una solución perfecta se aspira el líquido y reinyecta varias veces con la jeringa.

Dosificación para obtener una analgesia obstétrica.—En un parto normal, existiendo una dilatación de 8 a 9 cm., contracciones uterinas enérgicas, se obtiene analgesia inyectando lentamente, a razón de un centímetro cúbico por 15 segundos, la cantidad de 2 a 3 cm. cúbicos de la solución. Durante la inyección se conversará con la parturienta, insistiendo que durante las contracciones expulsivas deberá pujar y dormir en las pausas (sugestión verbal). Inyectada la dosis para obtener el sueño crepuscular se retira la jeringa. Las inyecciones siguientes se pueden repetir cada 20 minutos, pero en cada una de éstas inyecciones la cantidad de solución no deberá sobrepasar de $1\frac{1}{2}$ cc.; y el total de Evipán Sódico no deberá ser más de 10 cc.

En los casos de partos asistidos, por nosotros, bajo la acción del sueño crepuscular producido por el Evipán Sódico, hemos podido comprobar las si-

guientes ventajas: Amnesia retrógrada; en ninguno de los casos hemos podido observar disminución de las contracciones uterinas, aún podemos decir que en las primigrávidas de parto, éstas pujaban mejor durante el sueño crepuscular, debido seguramente a que se les evitaba el dolor y cesaba la angustia que siempre acompaña el dolor.

Dosificación para obtener una anestesia obstétrica.— La anestesia producida por el Evipán Sódico es buena y útil en ciertas intervenciones obstétricas. Nos hemos servido de ella, y por lo tanto la podemos aconsejar, en: raspajes, extracción manual de la placenta, aplicación de fórceps, versión con bolsa de las aguas intactas y cuello dilatado, cesáreas. En general intervenciones que no duren más de 20 minutos.

Para obtener la dosis total que se deberá inyectar multiplicamos por dos la dosis necesaria para producir el sueño inicial. Por ejemplo: si una enferma se queda dormida con 3 cc. de Evipán, se le inyectarán otros 3 cc. más, es decir, en total se le inyectarán 6 cc. de la solución.

Para la aplicación intravenosa se inyectan, en una vena del brazo, los primeros 4 cc. a una velocidad media de 15 segundos por centímetro cúbico de solución; la dosis restante conviene inyectarla con más rapidez, a razón de 1 cc. por 10 segundos aproximadamente.

Durante la anestesia se debe vigilar la posición de la mandíbula.

Contraindicaciones: Enfermas con lesión del parénquima hepático, eclampsia, estados caquéticos.

La **anestesia raquídea** cada día encuentra más partidarios en Obstetricia.

Tres son los hombres que se deben recordar por ser los precursores de la anestesia raquídea: Leonard Corning, en el año 1885 sugiere, en su publicación «Localanaesthesia», la posibilidad de la raquianestesia en Cirugía. Quincke, en 1891, fué el primero que usó y recomendó la punción lumbar y destacó su importancia para la clínica. Bier fué el que usó, en 1898, por primera vez la raquianestesia sin haber llegado a su conocimiento la publicación de Corning. Es pues, Bier, el verdadero padre de la raquianestesia. Desde entonces las investigaciones han sido numerosas y fructíferas.

Le corresponde al gran ginecólogo francés Doléris la idea de ensayar por primera vez la raquianestesia en una mujer de parto. Uno de sus alumnos, Malartic, presenta, en el año 1901, a la Academia Francesa una tesis con 60 observaciones en la cual Doléris y Malartic, ya dejaron establecido dos de las características de la raquianestesia en la mujer de parto: 1.º La anestesia raquídea es un exitante de las contracciones uterinas; y 2.º La raquianestesia aumenta la retracción de la musculatura uterina y por lo mismo actúa como hemostático.

Posteriormente la raquianestesia en Obstetricia ha sido objeto de numerosas investigaciones, dando lugar a fecundas publicaciones como son las de Keiffer, Brindeau, Oudbert, Delmas, Whitehouse, Gosgrove, Preissecker, etc.

Con respecto a la anestesia raquídea, debemos distinguir dos regiones distintas: 1.º el útero, cuello uterino y vagina; 2.º la pared abdominal y el periné. Los tres primeros órganos presentan fibras musculares lisas, los últimos fibras musculares estriadas.

Experimentos hechos por Keiffer han podido demostrar que la sección de la médula a nivel de la 5. lumbar en una perra produce inmediatamente la relajación del cuello uterino sobreviniendo al mismo tiempo una intensa contracción del cuerpo uterino. Llegó

Keiffer, en sus interesantes trabajos, a la conclusión de que la dilatación del cuello uterino es el resultado de una acción positiva del cuerpo uterino y de la vagina, combinada con una acción negativa del esfínter circular del cuello uterino. Keiffer ha demostrado que el cuello uterino se puede considerar como un verdadero esfínter. (Hay autores que niegan la existencia de fibras musculares lisas en el cuello, otros, como Robert Meyer, aseguran que existe fibras longitudinales y circulares en el cuello uterino), e igualmente ha demostrado que éste esfínter se encuentra bajo el control de la médula raquídea.

La sección fisiológica, debida a la raquiánestesia, tendrá como propiedad especial la de dejar persistir y aún reforzar las contracciones uterinas (hecho negado por algunos autores: Mahon, Coen, Cheval, etc.); aumentar la retractilidad del cuerpo del útero (hecho admitido por todos los autores) al mismo tiempo que suprime o disminuye el tonus del cuello uterino. Agrégase a esto que al mismo tiempo se produce la relajación de la pared abdominal, de los músculos del periné y en especial del esfínter del ano.

Observamos, cada vez que procedamos a una anestesia raquídea en una embarazada o parturienta, un verdadero relajamiento de la vulva, vagina, del ano y del cuello uterino. Esta relajación presta grandes servicios al intentar el procedimiento de Delmas, aplicaciones de fórceps, etc. En cambio, la fuerte contracción y retracción del cuerpo uterino, que se produce bajo la acción de la raquiánestesia, nos presta una eficaz ayuda al tener que proceder a una cesárea. Podemos aconsejar la anestesia raquídea:

1.—Como la anestesia de elección en la operación cesárea.

2.—En las versiones, siempre que se intervenga en mujeres de trabajo, membranas intactas, cuello borrado o cuello fácilmente dilatado.

3.—En aplicaciones de fórceps en que la anestesia general está contraindicada.

4.—En las cesáreas vaginales.

5.—Se la necesita para la evacuación extemporánea del útero o procedimiento de Delmas.

Técnica: Colocamos a la embarazada en posición sentada, con las piernas colgando, de modo que el dorso se nos presente como una curva cóncava para lo cual insistimos que eche los hombros hacia adelante y hacia abajo. Si el tiempo lo permite se inyectará, media hora antes de la punción raquídea, una ampollita de hipotesina y una ampollita de Cardiazol-efedrina.

Como instrumental usamos una aguja fina con bisel corto y una jeringa de 5 cc. Recomendamos usar la Tutocaina Bayer (0,07 gr.) que viene preparada en polvo.

Una vez desinfectada la piel con tintura de yodo se procede a la punción. En los casos que yo he operado he usado como sitio de elección para la punción el espacio lumbosacro, variando el sitio, según las circunstancias, entre la duodécima vértebra dorsal y la tercera vértebra sacra. Clavo la aguja un poco por fuera de la línea media, tratando de alcanzar ésta a medida que avanza. Una vez en el raquis, aspiramos 4 cc. de líquido céfalo-raquídeo, disolvemos en esta cantidad de líquido la Tutocaina y agregamos 4 gotas de una solución de adrenalina al 1/100 (Método de Ankelén). Este último procedimiento me ha dado espléndidos resultados en el sentido de profundizar y aumentar la duración de la anestesia. En seguida se recuesta la enferma con cuidado y la posición de Trendelenburg la damos lentamente.

La anestesia se produce en dos a cuatro minutos. Para evitar la hipotensión, debida a la vasodilatación de los vasos sanguíneos abdominales, conse-

cuencia de una parálisis vaso-motora por la acción de la solución anestésica sobre los filetes simpáticos, hacemos inyectar, a los 8 minutos de haber hecho la punción raquídea, por vía subcutánea otra ampollita de Cardiazol-efedrina.

Contraindicaciones: La anestesia raquídea está contraindicada en las hipotensas con presión máxima de 8, en las enfermas intoxicadas, caquéticas, sífilis reciente y estados medulares sífilíticos.

Terminaremos el capítulo sobre anestesia raquídea diciendo algunas palabras sobre el **método de Delmas**.

Recordemos ante todo que el nombre de "**procedimiento de Delmas**" se aplica tan solo a la evacuación extemporánea del útero fuera del parto. Se basa el procedimiento en la acción de la anestesia raquídea sobre el cuello uterino; es decir, la pérdida del tonus y facilidad de dilatación. En el capítulo sobre métodos de dilatación artificial del cuello uterino, veremos de cuántas maneras se puede practicar el parto prematuro, ya introduciendo en el útero bujías, balones, procedimiento bimanual de Bonnaire, etc. Todos estos métodos tienen como inconvenientes que son intervenciones siempre largas y laboriosas y, además, ser frecuentes las infecciones puerperales. De ahí que en los últimos años todas estas intervenciones fueron sucesivamente abandonadas en favor de la operación cesárea, que es más rápida, más elegante, mucho menos mortífera, sobre todo para los fetos.

El gran mérito del profesor Delmas fué: poner a la disposición de los tocólogos otro procedimiento, que constituye un progreso sobre los métodos antiguos y que está destinado a impedir muchas cesáreas. Según su autor, debe ser un procedimiento de excepción, al igual que la cesárea. Así será como debemos considerarlo, y no como un hallazgo destinado a suprimir sistemáticamente los dolores del parto y a permitir al tocólogo poder pasar las noches tranquilas.

Al igual que todas las intervenciones obstétricas, tiene sus indicaciones y sus contraindicaciones; a veces fracasa también. Al tocólogo corresponde escoger los casos en que puede y debe ser ejecutada, y una vez puesto en práctica saber que no puede hacer milagros.

La tentativa de dilatación con anestesia raquídea, fuera del parto:

- 1) Debe ensayarse y continuarse cuando es sumamente fácil, rápida y obtenida sin el menor esfuerzo; y
- 2) Debe ser suspendida en cuanto exige más de cinco minutos (como máximo, diez minutos), o en cuanto los tejidos oponen la menor resistencia.

Recordar las siguientes precauciones:

- a) No dejar pasar desapercibido un comienzo de desgarro; y
- b) Se usará el procedimiento de Delmas exclusivamente en una clínica, donde sea posible terminar inmediatamente la intervención con una histerotomía vaginal o abdominal cuando ésto sea necesario.

El procedimiento de Delmas no es, pues, más que una dilatación del cuello, digital primeramente, manual después, practicada fuera del parto con raquianestesia. Tiene por lo tanto, las mismas contraindicaciones para toda dilatación: desproporción pelvico-fetal, cuello duro, escleroso, cicatricial, periné o vagina no dilatables. Las circunstancias más favorables son: cuello corto, reblandecido por la proximidad del parto a término, segmento inferior bien distendido y sobre todo, multiparidad.

Terminaremos recalcando que la anestesia raquídea deberá ser practicada exclusivamente por tocólogos avezados, dados los conocimientos y técnica que reclama cosas que tan solo pueden adquirirse en una clínica obstétrica en largos años de trabajo. El médico práctico hará bien usar, cada vez que tenga que hacer una intervención obstétrica, de la anestesia general con cloroformo o éter, ya sea con mascarilla, aparato Tuffier u Ombredanne.

CAPITULO II.

Asepsia y Antisepsia Obstétrica.

La asepsia y antisepsia se propone, como fin primordial evitar, del mismo modo que en las heridas quirúrgicas, la contaminación provocada por los microbios en las heridas abiertas naturalmente en el aparato genital durante el parto.

Difícil es al tocólogo cumplir con todas las reglas de la asepsia; y, sin embargo, trabajar con la mayor asepsia es la base de la profilaxis de la fiebre puerperal.

Al considerar la profilaxis de la fiebre puerperal, podemos comparar a una parturienta con una enferma que vá a sufrir una intervención quirúrgica, con la diferencia que una operación demora a lo más dos horas, se efectúa en condiciones perfectas de asepsia y en salas de operaciones magníficas; en cambio, un parto dura muchas horas, algunas veces días, y nunca se efectúa en un medio de asepsia perfecta. Para la mayoría de las intervenciones obstétricas se nos llama de urgencia y se nos exige terminar rápidamente un parto distósico. En estas intervenciones de urgencia nunca se cumple con el ideal de una asepsia perfecta. Obran como factores en contra, el medio en que nos corresponde actuar y el agotamiento de la enfer-

ma, cuyas defensas orgánicas se encuentran disminuidas por el desgaste de energía.

Terminada una operación quirúrgica, la herida operatoria es cubierta con un vendaje oclusivo, mientras que la puérpera presenta una herida fisiológica extensa, con secreción abundante y a una temperatura óptima para el desarrollo de gérmenes infecciosos.

La mayoría de las infecciones graves de las parturientas llegan del exterior. Los gérmenes mórbidos son conducidos hasta las heridas del canal genital durante el parto o poco después del mismo, por la mano que explora, los instrumentos, los materiales de curación.

El tocólogo, lo mismo que el cirujano, ha de procurar la esterilización del campo operatorio antes de la intervención. Debemos desinfectar siempre los órganos genitales externos de la parturienta, siguiendo las reglas de la más estricta antisepsia.

Como todo examen interno lleva en sí el peligro de la posible introducción de gérmenes morbígenos, aún tomando las mayores precauciones, se ha de limitar cuanto sea posible este género de exploración. Los médicos y las matronas han de acostumbrarse a considerar la introducción del dedo en los órganos genitales de la parturienta como una primera intervención a la que tan solo ha de recurrirse en caso de absoluta necesidad y no sin antes haber hecho una prolija desinfección de las manos y de los órganos genitales externos de la parturienta.

Las siguientes cifras, tomadas de la obra de Winter, demuestran de una manera elocuente el porcentaje de morbilidad y mortalidad que acompañan a las intervenciones obstétricas:

	Mortalidad - Morbilidad	
1.000 Partos normales.....	0,1 %	6,0 %
1.000 Aplicaciones de fórceps.....	0,3 %	18,0 %
800 Extracciones manuales placenta	1,0 %	15,4 %
500 Pubiotomías.....	6,0 %	—
500 Operaciones Cesáreas.....	2,1 %	—
500 Versiones.....	0,5 %	13,0 %
500 Extracciones podálicas.....	0,4 %	4,6 %
800 Craniotomías.....	0,5 %	20,0 %

Se trata en esta estadística de operaciones obstétricas efectuadas en diversas clínicas alemanas. Se comprenderá que las cifras de morbilidad y mortalidad serán mucho más elevadas en la clientela rural. Rosner, haciendo una encuesta de las causas indirectas de las fiebres puerperales habidas en Hessen, llega a la conclusión que en el 60 % siguieron a intervenciones obstétricas efectuadas en ambientes que no cumplieran con las reglas de higiene y asepsia.

La técnica de la desinfección se aprende tan solo con la práctica. Es muy frecuente que el médico se vea obligado a improvisar y a adaptar su antisepsia a las circunstancias. Recomendable es que siempre el médico partero lleve en su estuche obstétrico un jabón antiséptico, una escobilla y un frasco de alcohol.

Lo que sigue está destinado solo a dar una orientación general sobre el concepto de la desinfección que tan importante papel juega en la obstetricia.

- 1) **Desinfección de las manos y de los antebrazos.**—Hemos de reconocer que hasta ahora no existe procedimiento seguro para la esterilización de las manos. Todos nuestros medios de desinfección logran solo un grado relativo de esterilización, o sea una disminución de los gérmenes cutáneos que se aproxima más o menos

a la destrucción completa según la naturaleza y eficacia de los medios antisépticos empleados y las condiciones de la piel. Por estas razones, los tocólogos y las matronas deben cuidar mucho de sus manos. Deben evitar esponer sus manos a fuentes de contagio, y lo que es el especialista ginecólogo-tocólogo no deberá atender enfermos con afecciones venéreas, infecto-contagiosas, y hacer anatomía patológica. Con respecto al médico práctico rural, el que no podrá atenderse estrictamente a estas reglas, deberá usar siempre guantes obstétricos.

Para la desinfección de las manos el método siempre preferible es el de Fürbringer. Después de haberse cortado las uñas muy cortas, las manos se lavan durante cinco minutos con jabón, cepillo y agua caliente corriente y renovada varias veces. Una vez hecho ésto, se lavan y se cepillan bien con alcohol. El alcohol obra como desengrasador y bactericida, poseyendo además la propiedad de penetrar rápidamente hasta las capas más profundas de la epidermis y orificios glandulares. Desde el alcohol se llevan las manos a una solución de sublimado u oxicianuro al 1 por 2 mil. En casos de urgencia o a falta de combinación mercurial podemos contentarnos con la desinfección sencilla de agua caliente, jabón y alcohol. (Ahlfeld).

- 2) **Desinfección de los órganos genitales.**—Cuando no se trata de operaciones, basta, de ordinario, lavar bien los genitales una vez cortado o afeitado los pelos del púbis, con jabón antiséptico; después se les enjuaga bien con una solución antiséptica. por ejemplo: Solución de oxicianuro al 1 por 2 mil. En el caso de tener que proceder a una intervención obstétrica, cubrire-

mos con tintura de yodo toda la región pubiana hasta parte de los muslos y periné una vez efectuado el aseo de la manera indicada. Cuando existe abundante secreción vaginal es conveniente hacer una irrigación vaginal con una solución antiséptica, por ejemplo: Formosapol (1 cucharada para un litro de agua hervida).

- 3) La desinfección de los instrumentos se obtiene del mejor modo mediante la embullición, en una solución de carbonato de soda al uno por mil, durante diez minutos.

CAPITULO III.

Métodos de dilatación artificial de las partes blandas durante el embarazo y parto.

Se designa con este nombre las intervenciones obstétricas que tienen por objeto provocar mecánicamente la dilatación del cuello uterino, completar rápidamente una dilatación insuficiente, o dilatar una vagina o vulva estrechada.

Dilatación artificial durante el embarazo

La dilatación del cuello uterino puede estar indicada durante cualquier época del embarazo, y los métodos variarán según la edad del embarazo. Fácil de vaciar será un útero de dos a tres meses púes el feto y la placenta podrán pasar por un orificio uterino no muy dilatado. En cambio, desde el cuarto mes deberá tomarse en cuenta el tamaño de la cabeza fetal, debiendo la dilatación del cuello uterino ser siempre suficiente para que la cabeza se extraiga con facilidad. También será necesario pensar en la rapidéz que exige el caso para ser dilatado. Hay métodos que producen una dilatación lenta, en horas, y otros en los cuales en media hora el útero puede estar desocupado.

Los métodos usuales de dilatación del cuello uterino durante el embarazo son los siguientes:

- 1) Laminaria;
- 2) Dilatadores de Hegar;
- 3) Balones;
- 4) Histerotomía.

1) Dilatación del cuello uterino con laminaria.

En los casos de tener que proceder a la evacuación del útero grávido antes de los tres primeros meses está indicado el uso de la laminaria.

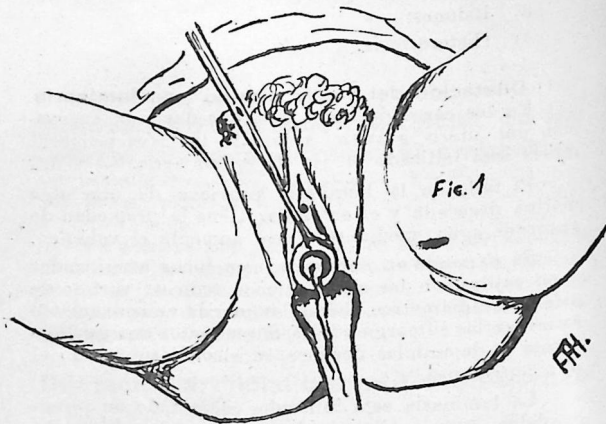
El tallo de la laminaria proviene de una alga marina desecada y esterilizada. Tiene la propiedad de absorber agua, mediante lo cual aumenta el volumen.

Se expende en el comercio en tubos esterilizados o en cajitas, en las cuales vienen todo un surtido de diferentes diámetros. Estas laminarias es conveniente esterilizarlas sumergiéndolas dos minutos en agua hirviendo y dejándolas después en alcohol sublimado al uno por ciento.

La laminaria está indicada sobre todo en primigrávidas, con cuello rígido, ya que una dilatación rápida podría producir un desgarro cervical.

Técnica.—Una vez desinfectada la vulva, vagina y cuello, se fija este último con una pinza Musseux, traccionándolo hacia abajo para corregir en lo posible la curvatura del útero. La laminaria que previamente había sido colocada en agua caliente, se arquea ligeramente, se toma el extremo que lleva el hilo en aza con una pinza y, suavemente, se va introduciendo en el canal del cuello. Una vez que se haya pasado el orificio interno, se notará la falta de resistencia al deslizamiento del tallo, con lo cual hemos conseguido que ocupe toda la cavidad del canal

(Fig. 1). Colocada la laminaria se pasa un trozo de gasa por el aza del hilo que pende de su extremidad vaginal; se retira la pinza del cuello y se deja la gasa en la vagina. Se recomendará a la enferma re-



poso absoluto en cama y se extraerá la laminaria a las 10 o 12 horas después. Con las laminarias se obtiene algunas veces una dilatación insuficiente, pero debido a que produce al mismo tiempo un reblandecimiento del cuello, facilita la dilatación por medio de bujías.

Los peligros de la laminaria son: infección y perforación del útero. Tomando todas las precauciones antes nombradas y no dejando la laminaria más de 12 horas se puede evitar una infección. Si la enferma presenta fiebre después de haberse colocado una laminaria, se retira ésta inmediatamente.

La perforación del útero se debe a que no se ha tomado en cuenta la curvatura del eje uterino y a la introducción violenta de la laminaria.

2) Dilatación del cuello uterino con bujías de Hegar.

Este método trata de hacer una dilatación en corto tiempo. Es recomendable solo en los casos en que se trata de aumentar una dilatación existente o en los casos de cuellos uterinos blandos.

Técnica.—Una vez desinfectada la vulva, vagina y cuello uterino, se fija este último mediante una pinza de Musseux. Traccionado el cuello uterino hacia afuera se empieza la dilatación con los primeros números de la serie de bujías de Hegar. La introducción de las bujías se hace lentamente y teniendo cuidado de seguir siempre la dirección del cuello. El grado de resistencia indicará la mayor o menor prontitud con que se deba proceder. Cada bujía permanecerá uno o dos minutos. Para vaciar un útero grávido de uno y medio a dos meses, bastará con una dilatación provocada con bujía Hegar N.º 12.

Las lesiones que se deben a los dilatadores de Hegar son:

- 1) Desgarros del cuello uterino que siempre comienza con la mucosa cervical, para profundizar con las siguientes dilataciones, hasta hacer estallar el cuello uterino. Uno de los primeros síntomas que nos indica la posibilidad de estar-se produciendo un desgarro, es la hemorragia. Según el grado del desgarro del cuello bastará un taponamiento con gasa yodoformada o habría que proceder a hacer una sutura del cuello.
- 2) Perforación del cuello o del cuerpo uterino, debido a que se ha desviado la bujía del eje y penetrado con violencia en la pared del útero.

En el caso de haberse producido una perforación uterina será necesario hacer una laparotomía. Una vez a la vista la perforación, optaremos, según el grado de lesión, por una sutura de la perforación o por una histerectomía.

3) Dilatación del cuello uterino por medio de balones.

La metreurisis, que así se denomina la dilatación del cuello uterino por medio de balones, tiene por objeto la dilatación del cuello mediante la provocación de contracciones uterinas, asociadas a la acción dilatadora directa, lo cual se conseguirá practicando tracciones suaves y repetidas sobre la manguera, o bien colgando de su extremo un peso de un kilogramo, para que insinuándose de arriba a abajo la porción cónica del balón, obre directamente sobre el cuello y lo dilata como lo hace la bolsa de las aguas o la cabeza fetal.

De los balones dilatadores, los modelos más usados son, en Francia, el balón de Champetier de Ribes y, en Alemania, el balón de Müller. Los balones existen en varios tamaños, de tal manera que se pueda proceder a la dilatación del cuello uterino de un útero grávido del quinto hasta el noveno mes.

Técnica.—Se introduce el balón vacío por medio de una pinza portaglobo, procurando que penetre su base dentro de la cavidad uterina. Se retiran las pinzas, y la manguera que lleva el balón se conecta con una jeringa y se inyecta agua esterilizada o suero fisiológico, hasta llenarlo (Fig. 2). Nunca deberá inyectarse aire en el balón. Una vez lleno puede dejarse actuar al balón como ocitócico simple o solicitar de él una acción dilatadora directa. Para poder introducir el balón más pequeño es necesario una

dilatación mínima de un travez de dedo. Esto se conseguirá acudiendo a las bujías de Hegar. Las contracciones uterinas sobrevienen generalmente a la hora y media después de aplicado el balón. Es convenient-

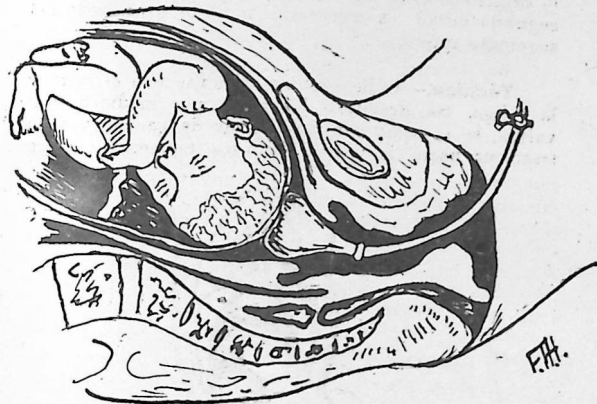


Fig. 2.

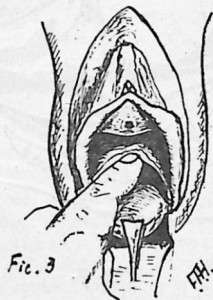
te administrar a la grávida pequeñas dosis de quinina y aplicar una inyección de pituitrina o de hipofina dos horas después de haber colocado el balón.

4) Histerotomía anterior vaginal (Bumm).

Con esta operación se persigue un fin: crear quirúrgicamente en el cuello y en el segmento inferior, en un punto preciso, sobre una longitud calculada y en una zona poco peligrosa, una abertura que permita extraer sin dificultades el huevo (aborto) o el

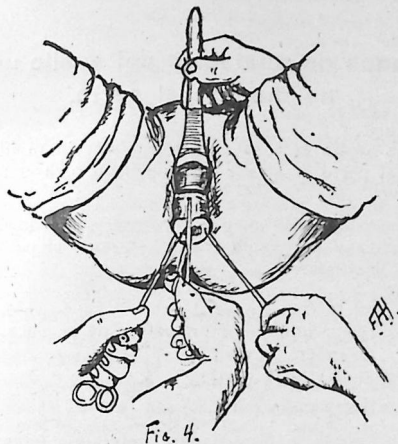
feto (parto prematuro) y que pueda ser inmediata y completamente reparada. La abertura dependera de la edad del embarazo. En la primera mitad del embarazo bastará una incisión que sobrepase un poco el orificio interno del cuello uterino, en cambio en la segunda mitad, es necesario incidir gran parte del segmento inferior.

Técnica.—Debe previamente vaciarse el recto y la vejiga. Se descubre el cuello por medio de dos valvas, se le toma con dos pinzas de gancho y se le tracciona hacia la vulva. En este momento se hace



una incisión sobre el fondo de saco anterior, de forma arqueada, quedando la convexidad de la incisión sobre el cuello uterino. En seguida se desprende la pared vaginal y la vejiga (Fig. 3). Este desprendimiento se hace con facilidad en las embarazadas. Se desprende con gasa la vejiga hasta la altura del fondo de saco véscico-uterino. Después se hace la incisión de la pared anterior del cuello hasta más arriba del orificio interno, sobre la parte media de la cara ante-

rior del segmento inferior, y más o menos arriba, según la edad del embarazo, de tal manera, de poder obtener una abertura suficiente para dejar pasar el feto (Fig. 4).



Una vez terminada la incisión, el huevo o el feto se presenta a nuestra vista.

Se desprende el huevo y se extrae si se trata de un aborto; si se trata de un parto prematuro, se extrae el feto, de preferencia por los pies, siempre que se calcule que la versión no va a acarrear contratiempos. Se concluye la evacuación del útero practicando la deliberanza.

Hecha ésta, se fija de nuevo el cuello, y se taponan el útero, vigilando antes si no se ha desgarrado el peritoneo véscico-uterino. Se tracciona el cuello hacia abajo, se asegura que la vejiga quede indemne,

Obtenida una pequeña dilatación previa, se introduce en el cuello el dilatador. Se van separando sus ramas por medio de un tornillo que tiene en su extremo libre y en el cual hay un marcador del grado de dilatación. Todas las complicaciones se evitarán conduciendo la dilatación con la mayor cautela y paciencia posible. En vez del dilatador de 4 ramas, se puede usar el de ocho ramas, que tiene la ventaja de producir en la dilatación una figura en octógono, que se acerca mucho a la circunferencia que produce la dilatación normal.

d) Dilatación mediante un segmento del feto.

El segmento podálico es capaz de completar una dilatación ya existente. La dilatación con el segmento podálico se usa en el caso de haber una presentación podálica primaria o ser ésta secundaria a una versión de Braxton-Hicks.

Técnica.—Una vez tomado un pie, después de una versión combinada, en los casos de presentación de vértice o transversa, bajamos al pie. Ahora comenzamos a efectuar tracciones, que no serán muy intensas para evitar desgarrar el cuello. Como en la mayoría de los casos el feto muere, es mejor, mediante un lazo agregar un peso de 2 kilos al pie. Tal como en un balón se provocarán contracciones uterinas a las que se asocia la acción dilatadora directa del segmento podálico.

Métodos de dilatación cruentos:

- a) Incisiones múltiples en el cuello uterino;
 - b) Histerotomía anterior vaginal, según Bumm; y
 - c) Cesárea vaginal de Dührssen.
- a) **Incisiones múltiples en el cuello uterino.**

Están indicadas en los casos de rigideces del cuello uterino, sean éstas anatómicas o patológicas. Dührssen aconseja hacer uso de ellas cuando aún el cuello uterino no presente dilatación. Winter, en cambio, exige siempre la existencia previa de una dilatación de 5 cm. y si ésta no existiera, acudir a la histerotomía anterior vaginal.

Técnica.—Un dedo de la mano izquierda se introduce en el cuello uterino. Con una tijera larga, se harán cuatro incisiones: una hacia atrás, una a cada lado y, otra hacia adelante. Mientras las primeras llegarán hasta el mismo fondo de saco, la última, que será la incisión anterior, no se profundizará tanto para evitar una posible lesión de la vejiga. La hemorragia es escasa.

b) Histerotomía anterior vaginal, de Bumm.

Su técnica ha sido descrita más adelante.

c) Cesárea vaginal de Dührssen.

Se diferencia de la cesárea vaginal de Bumm, en que este autor recomienda seccionar las paredes cervicales posterior y anterior.

Técnica.—Desinfectada la vulva, vagina y cuello uterino se fija este último con dos pinzas Musseux, colocadas a los lados del orificio del cuello. Una vez fijado el cuello se le tracciona hacia la vulva. Si el conducto cervical se encuentra cerrado, se le dilatará con bujías de Hegar hasta permitir la pasada de un dedo. Incisión posterior del cuello uterino, a tijeras, hasta llegar a la pared vaginal. En seguida se incide la porción anterior del cuello uterino en su parte mediana. Desprendimiento a gasa de la vejiga, rechazando a ésta hacia arriba. Completamente libre el cuello, se prolonga la incisión posterior y anterior

hasta por encima del orificio interno del cuello uterino, en la parte media anterior y posterior, del segmento inferior. Una vez obtenido un espacio suficiente para extraer el niño, se procede a la versión y extracción podálica. Desprendimiento y extracción de la placenta. Inyección de hipofisina y ergotina. Taponamiento de la cavidad uterina en caso de hemorragia. Sutura del cuello uterino con cat-gut, puntos separados, comenzando por la incisión posterior. Sutura de la incisión anterior del cuello.

Métodos de dilatación de vulva y vagina durante el parto.

1.—Episiotomía.

En circunstancias normales, la protección del periné hecha correctamente impide con seguridad las extensas dislaceraciones de las partes blandas. Pero cuando se trata de una cabeza anormalmente desarrollada, cuando haya una desviación del mecanismo normal del parto, el orificio vulvar sea demasiado estrecho o el periné haya perdido su elasticidad por retracción cicatricial o edema, el arte no puede ayudar, el periné aparece distendido y no conciente el paso de la cabeza hasta que se desgarran. Este desgarramiento puede extenderse en ocasiones hasta comprometer el ano y el recto.

Como los desgarramientos espontáneos se producen de ordinario en la línea media, interesando la musculatura del periné y comprometiendo gravemente las funciones del diafragma pelviano, es preferible prevenirlos, procurándose espacio para la salida de la cabeza por medio de una incisión artificial llamada episiotomía.

Técnica.—Una vez adquirido la convicción de que el desgarramiento del periné es inevitable, se introducirá la rama obtusa de una tijera entre la cabeza fetal y el reborde perineal distendido, practicando una sección oblicua de 2 a 3 cm. en la dirección de la tuberosidad isquiática derecha. Esta incisión comprende la piel, aponeurosis superficial y, a lo sumo, algunas fibras del constrictor de la vulva. La parte principal de la musculatura del periné queda intacta y algunos puntos de sutura colocados, no transversalmente sino, de arriba a abajo, bastan para obtener la reunión de la herida romboidal resultante.

2.—Incisión vagino-perineal profunda.

Tiene por objeto aumentar el espacio vagino-perineal en los casos de estrechez de la vagina y vulva, ya sea ésta primitiva o secundaria a una cicatriz estenozante.

Indicaciones: En las primigrávidas, en que haya que proceder a una versión, extracción podálica, aplicación de un fórceps alto, embriotomía, siempre que la estrechez existente no permita la introducción de la mano y brazo del operador. También puede ser una operación previa de una cesárea vaginal.

Técnica.—Se comenzará la incisión desde el fondo vaginal izquierdo, aproximadamente a nivel del cuello, y se continúa a través de los tejidos paravaginales izquierdos, del labio izquierdo, incindiendo profundamente los músculos perineales, respetando el esfínter anal. La hemorragia que determina esta incisión se combate inmediatamente por medio de ligaduras de cat-gut fino. El campo obtenido permitirá la introducción fácil de la mano e instrumentos que se desean usar. Una vez extraído el feto se procederá a la sutura exacta de los músculos perineales seccionados, y en seguida, a la sutura de la vagina.

CAPITULO IV.

La Versión.

La versión era conocida en la Antigüedad. Hipócrates (año 400 a. J. C.), empleaba y recomendaba la versión cefálica por maniobras externas e internas. Celsus (año 30 a 50 d. J. C.) fué el primero que usó la versión podálica, eso sí que solo intervenía en casos de fetos muertos en presentación transversa. Soranus de Efesio (año 100 d. J. C.), empleaba y aconsejaba las versiones en presentaciones transversas en niños vivos.

La versión podálica, en un caso de presentación cefálica, seguida de la extracción fué efectuada por primera vez por Aetius de Amida; (siglo VI d. J. C.). Olvidada por algún tiempo fué nuevamente introducida en la obstetricia por Ambrosio Paré, el año 1549. Paré efectuaba la versión tomando ambos pies en presentación cefálica, en casos en que era urgente desocupar a la madre. Un siglo después Paul Portal (1865), enseña que basta hacer presa de un pié para hacer una versión.

La versión profiláctica, en casos de pelvis estrechas, se debe a Smellie (1697-1793), quien fué seguido por James Simpson (1863).

La versión cefálica externa fué recomendada por Wiegand el año 1807. También la versión mixta se debe originariamente a Wiegand, pero fué divulgada

principalmente por Braxton Hicks en 1860, conociéndose desde entonces con el nombre de versión mixta o combinada o de Braxton Hicks.

Se dá el nombre de versión a la rotación artificial del feto en el interior del útero, en virtud de la cual se aleja del estrecho superior la parte que se presentaba y es substituida por otra (Bumm).

El objeto de una versión se comprende fácilmente si pensamos en un caso de presentación transversa en que el parto espontáneo es imposible en un feto a término. Tratamos de alejar la parte que se presenta, el dorso, para substituirlo por otra, que nos garantiza que el parto se producirá en condiciones más fisiológicas.

Distinguímos tres clases de versiones:

- 1) Versión por maniobras externas o versión externa;
- 2) Versión por maniobras internas o versión interna; y
- 3) Versión por maniobras combinadas o versión mixta de Braxton Hicks.

En realidad, se puede decir que la distinción de versión, por maniobras internas y maniobras externas no es exacta, puesto que en ambas versiones hacemos maniobras combinadas externas e internas, como lo veremos al hablar de cada una de las versiones. Siempre la mano externa ayudará eficazmente en la rotación del feto. Más correcto sería hablar de versión precoz, cuando tiene lugar habiendo algo de dilatación, en vez de versión mixta; y versión de tiempo o con dilatación completa en vez de versión interna.

Con respecto a la presentación que se quiere obtener podemos distinguir: versión sobre la extremidad cefálica o sobre la extremidad podálica. En este último caso pueden ser llevados al estrecho superior las nalgas o los pies.

Versión externa sobre la extremidad cefálica: Trata de restablecer las relaciones normales entre la madre y el feto, o sea aquellas relaciones que son las más favorables para la terminación fisiológica del parto.

Está indicada en presentaciones cefálicas altas, en que la cabeza se encuentra desviada y, por lo tanto, no se encaja. También en presentaciones transversas diagnosticadas en el último mes del embarazo o que éstas se presenten poco antes de haber comenzado el parto.

Condiciones necesarias para poder efectuar una versión externa sobre la extremidad cefálica son:

- 1) Relación pelvital normal; y
- 2) Membranas intactas.

Contraindicación para hacer una versión externa sobre la extremidad cefálica son:

- 1) Pelvis plana; y
- 2) Probabilidad de tener que terminar rápidamente el parto.

Por ejemplo: hemorragia por placenta previa, procúbito del cordón umbilical, eclampsia.

Técnica.—Es importante diferenciar bien las nalgas de la cabeza. Mientras que esta última es comprimida hacia abajo con una mano, la extremidad pelviana es elevada por la otra, y así se obtiene la evolución del feto y el descenso de la cabeza al estrecho superior.

Versión externa sobre la extremidad podálica: Prácticamente tiene escasa importancia. Muchas veces se la ejecuta por equivocación al confundir la cabeza con las nalgas. Se cree entonces estar haciendo una versión sobre la cabeza y después el parto demuestra que hemos confundido la extremidad cefálica con la pelviana.

Versión interna, sobre la extremidad cefálica: según d'Outrepoint: No tiene importancia para el médico práctico.

Versión interna sobre la extremidad podálica o versión interna podálica: Es la operación obstétrica más importante.

Indicaciones para ejecutar la versión interna podálica son:

- 1) Presentaciones de hombro;
- 2) Presentaciones cefálicas patológicas. Presentación de frente, presentación cefálica alta sin tendencia a encajarse;
- 3) Prociencia del cordón umbilical o de los miembros;
- 4) Indicaciones de terminar urgente el parto. (Eclampsia, asistolía, enfermedades del pulmón o de los riñones);
- 5) Placenta previa;
- 6) En ciertas estrecheces pelvianas como versión profiláctica; y
- 7) Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada.

Es la presentación de hombro la que constituye la indicación más frecuente para hacer una versión podálica, y esto se debe a que se trata de una presentación en que con feto vivo y de término nunca se producirá el parto espontáneo. La terminación de

una presentación transversa por una evolución espontánea o por un conduplicado corpore, nunca se observa en fetos a término. Generalmente se trata en estos casos de fetos pequeños, la mayoría de las veces muertos y macerados. La posibilidad de una versión espontánea es igualmente rara.

Respecto a las presentaciones en deflexión podemos decir que casi nunca se diagnostican cuando aún la cabeza está movable. La regla es que se llama al médico cuando ya está encajada. Conviene saber que en un 90% de los casos estas presentaciones terminan por un parto espontáneo (v. Yaschke).

En las pelvis planas se ha aconsejado hacer la versión profiláctica, siempre que la conjugada vera no sea inferior a 8 cm., y la relación pelvifetal normal. Las razones que aconsejan esta versión serían, por una parte, evitar un parto demasiado prolongado y, por lo tanto, evitar lesiones graves de las partes blandas maternas, por ejemplo: fistulas uretro-vaginales, gangrena del cuello uterino, etc. Por otra parte, se piensa que la cabeza fetal se configura más fácil al hacer tracción sobre un pie. Tocólogos de orientación más reciente desisten de la versión profiláctica, y esperan la prueba del trabajo, y si la extremidad cefálica se encaja, ayudan posteriormente a la madre, siempre que haya indicación, con una aplicación de fórceps.

Contraindicaciones para hacer la versión podálica son:

- 1) Estrechéz pelviana que no permita la extracción de la cabeza última. (Pelvis plana con una conjugada vera por debajo de 8 cm. Pelvis generalmente estrecha con una conjugada vera por debajo de 9 cm.);
- 2) Tetania uterina, con dilatación del segmento inferior y por lo tanto peligro de producir una ruptura uterina al hacer una versión;

3) Presentación de hombro descuidada con retracción uterina; y

4) Feto muerto.

En la elección del momento oportuno para practicar la versión interna podálica es necesario guiarse por las circunstancias. En general, podemos decir que la persistencia de las bolsas de las aguas nos permitirá una versión fácil. Cuanto más tiempo ha transcurrido desde la ruptura de las membranas, tanto más difícil será la versión.

En los casos de placenta previa, procidencia del cordón umbilical o de los miembros se procederá a practicar la versión inmediatamente, es decir, durante el período de dilatación o aún con cuello estrecho procediéndose previamente a la dilatación manual o instrumental del cuello uterino. En las presentaciones cefálicas patológicas o de hombro se esperará hasta que el cuello uterino se haya dilatado completamente, haciéndose entonces la versión y terminándola con la extracción podálica.

Técnica.—La mujer será colocada a través en la cama, en posición obstétrica. **Primer tiempo: Busca y presa del pie.** Se introduce la mano ventral, es decir, aquella cuya cara palmar mira al vientre del feto. Llegada la mano al cuello deberá rechazar la parte fetal que se presenta para poder penetrar en el útero. Esta maniobra es fácil si la bolsa de las aguas se ha roto momentos antes de procederse a la versión; es difícil o imposible si la ruptura de la bolsa de las aguas ha sido precoz. Durante esta maniobra se colocará la otra mano sobre el fondo uterino para impedir el ascenso en masa del útero (Fig. 5 y 6).

¿Cuál es el pie bueno?

- 1) En presentación transversa dorso anterior, el pie inferior;

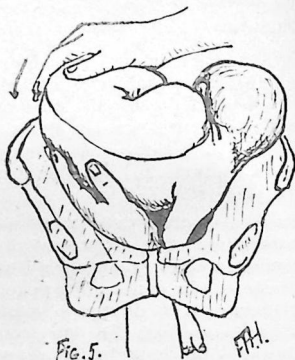


Fig. 5.

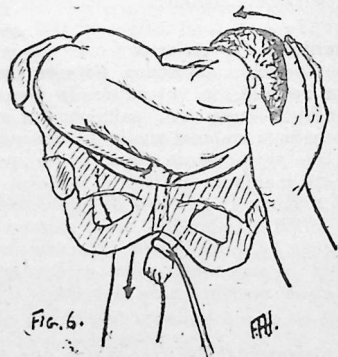


Fig. 6.

- 2) En presentación transverso dorso posterior, el pié superior; y
- 3) En presentación cefálica, el pié anterior.

En realidad, cada escuela recomienda su proceder con respecto al pié bueno.

Zweifel y A. Doederlein recomiendan hacer la presa del pié inferior. Ellos no creen en la posibilidad de un cabalgamiento del feto sobre la sínfisis pubiana materna, en presentación transverso dorso posterior, siempre que las tracciones se ejecuten en dirección hacia el hueso sacro primero y después correspondiendo al eje pelviano (Zweifel).

V. Jaschke recomienda tomar en presentación dorso posterior el pié superior; en presentación dorso-anterior el pié inferior.

Bumm enseña que es indiferente bajar uno u otro pié. En general, aconseja hacer descender el inferior, o sea el que se encuentra más cerca del estrecho superior. Tan solo en las posiciones dorso-posteriores de la presentación de hombro, recomienda que se coja el pié superior, porque de este modo se hace girar el dorso hacia adelante. Pero esta rotación no tarda tampoco en realizarse, aún cuando siguiendo la regla general, se baje también al pié inferior en dichas posiciones.

Fabre, en su Manual Operatorio de la Versión, dice: «El pié bueno es aquel que durante la extracción conduce el dorso del feto hacia adelante».

- a) En las dorso-antérieures el pié bueno es el que corresponde a la cadera del mismo nombre que se presenta; y
- b) En las dorso-posteriores, el pié bueno es el correspondiente a la cadera de nombre opuesto al hombro que se presenta».

Maygrier, aconseja tomar el pié inferior en las posiciones dorso-anterior y el superior en las dorso-posteriores. Además, agrega, que en la práctica uno toma el pié que se le presenta, cualquiera que sea.

En la práctica no hay ningún tocólogo que habiendo conseguido encontrar un pié lo abandone para ir a buscar el otro, porque no sea el que teóricamente se aconseja.

Para los que tienen poca práctica, la busca del pié se facilita recorriendo con la mano todo el plano lateral del feto, tocando nalga, muslo, rodilla y, finalmente, el pié; tomando por punto de partida el hombro que se presenta. Si se va a buscar directamente el miembro, es necesario guardarse de equivocar el brazo con la pierna. Como punto de referencia para la distinción, tendremos la salida del talón, la cual permitirá reconocer de un modo cierto que se trata de un pié.

Segundo tiempo: Evolución del feto en el útero. Después de haber cogido el pié, el operador ejerce sobre él una tracción hacia abajo y atrás mientras que la mano externa abdominal rechaza la cabeza hacia el fondo del útero. Bajo la influencia de las tracciones, las nalgas se aproximan al estrecho superior, la cabeza fetal remonta, el pié desciende a la vulva (Figs. 7, 8, 9, 10).

Cuando la rodilla aparece en la vulva, la pelvis del feto se encuentra en el estrecho superior y la versión está terminada.

Dificultades que se pueden presentar al hacer versión interna:

Una versión puede ser tan fácil que cualquier médico práctico puede ejecutarla sin dificultad y

otras veces presentar tales dificultades que un tocólogo experimentado tiene que desistir de ella. Solo el médico que conoce los peligros y las dificultades que pueden presentarse en una versión se encontrará capacitado para terminar la versión u optar por otra intervención.



El franqueamiento de la vulva puede ser difícil en primíparas por la resistencia que ofrecen los tejidos. Se luchará contra esta dificultad por medio de la anestesia general e introducción lenta de los dedos, uno después del otro, o dando a la mano la forma de un cono, habiendo sumergido previamente los dedos en una solución lubricante, (aceite esterilizado, glicerina, formosapol, etc).

La procidencia del cordón en la vagina o en la vulva no estorba la introducción de la mano. Es preciso tener cuidado de rechazar el cordón hacia un lado o de reducirlo en masa al interior del útero.

La procidencia de un brazo tampoco constituye una verdadera dificultad. Basta poner un lazo en el

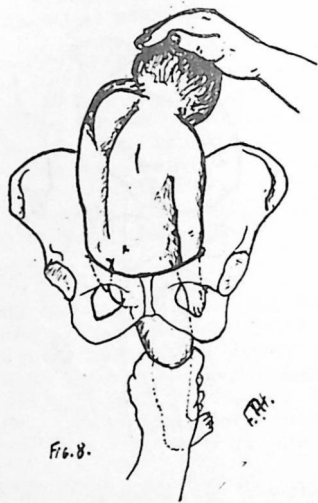


Fig. 8.

brazo procidente. Este lazo se dejará libre durante la versión y una vez terminada la evolución del feto servirá para facilitar su descenso y desprendimiento durante la extracción.

La penetración de la mano a través del cuello uterino es fácil la mayor parte de las veces. Si el cuello no está lo suficiente dilatado se completará la

dilatación manualmente. Una placenta previa puede oponerse a la penetración de la mano. Si la inserción es lateral se pasa por el lado libre del cuello. Si la inserción es central se perfora la placenta en su centro con los dedos y se pasa la mano a través del tejido placentario.

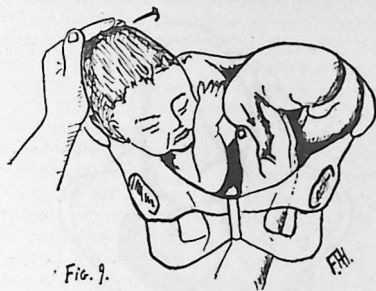


Fig. 9.

La contracción permanente del útero puede hacer muy difícil la busca y la presa del pié. Se vencerá esta dificultad por medio de la anestesia general profunda, previa inyección de morfina. En estos casos hay que proceder con suavidad y prudencia. Si la mano se paraliza, se retira y se sumerge en agua caliente. Si la impotencia persiste se introducirá la otra mano. Cuando la retracción del útero persiste a pesar de la anestesia general haciendo imposible la introducción de la mano, es preciso renunciar a la versión.

De importancia para la evolución del feto en el útero es el momento en que se procede a efectuar

esta maniobra. Se realizará tanto más fácil cuanto menos tiempo haya transcurrido desde la ruptura de la bolsa de las aguas. Versiones con escaso líquido amniótico o con útero seco son difíciles o imposibles, pues, el útero retraído sobre el feto lo aprisiona, no permitiendo hacer movimiento alguno. Si entonces el partero trata de forzar el útero obtendrá irremedia-



blemente una ruptura uterina. Cerciorado el tocólogo de la imposibilidad de hacer la versión debe recurrir a otra operación tocológica. Con feto muerto la versión está absolutamente contraindicada. Se practicará la embriotomía.

Sería mucho mejor, dice A. Doederlein, si el horror que sienten la mayoría de los médicos a una decapitación lo tuvieran ante una versión dificultosa o contraindicada.

Además, conviene saber que los niños extraídos

después de una versión dificultosa casi siempre nacen muertos. Por lo tanto, no cabe razón alguna exponer la vida de una madre para obtener un feto muerto. Siempre debe primar la vida de la madre y nunca la vida del sér que vá a nacer, si su existencia problemática expone la vida de la madre.

Versión mixta o de Braxton-Hicks: Está indicada en los casos en que hay que proceder a hacer una versión con escasa dilatación del cuello. Para ésto se introduce la mano en la vagina, pero solamente uno, o mejor, dos dedos penetran a través del cuello uterino hasta alcanzar la parte fetal que se presenta. Si el feto está en situación transversa los dedos rechazan el hombro hacia el lado en el cual se encuentra la cabeza, mientras que la mano externa comprime las nalgas del feto hacia el estrecho superior. En las presentaciones cefálicas, los dedos de la mano interna rechazan la cabeza hacia el lado donde se encuentra el dorso del feto y hacia arriba; y, la mano externa hace descender la extremidad pelviana del mismo. Tan pronto como se hace accesible un pié, se engancha con dos dedos y se tira hacia abajo.

La versión combinada está indicada principalmente en casos de placenta previa, con abundante hemorragia que sobrevenga al comenzar el parto; es decir, cuando aún el cuello no se ha dilatado o hay poca dilatación. Terminada la versión hay que seguir haciendo tracción sobre el pié procedente, ya sea manualmente o colgando del pié un peso de medio a un kilo.

Versión con "la doble maniobra de Justina Siegemundin": Está indicada en el caso de tener que proceder a una versión en una presentación cefálica en que ya existe una ligera retracción uterina.

Si, una vez hecho presa del pié, el feto no evoluciona, la cabeza no se mueve, hacemos un lazo con el cual se toma el pié. Ahora hacemos con la mano externa una tracción sobre el lazo, mientras que con la mano interna se rechaza la cabeza hacia arriba. Este procedimiento es peligroso y requiere una anestesia profunda y mucha destreza en la práctica de las operaciones obstétricas.

CAPITULO V.

Extracción Podálica.

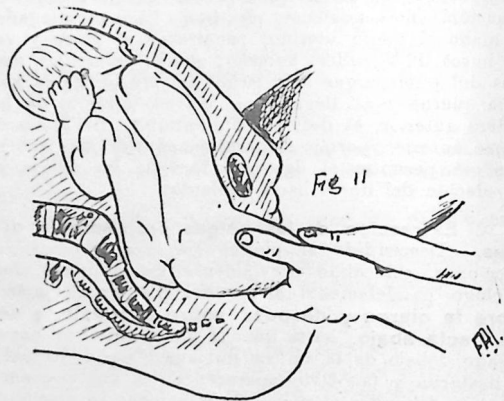
También la extracción podálica fué conocida en la Antigüedad. Hipócrates la menciona. Celsus, recomienda bajar un pié y ayudar la extracción del feto comprimiendo la cabeza a través de las partes blandas maternas. Moschion (año 117-138 d. J. C.), fué el primero que recomienda una maniobra para hacer descender los brazos en los casos en que éstos se han levantado a lo largo de la cabeza.

Para la extracción de la cabeza última recomendó Mauriceau (1588) su maniobra. La misma maniobra se conoce con los nombres de Levret, Smellie y Veit, que fueron los autores que divulgaron la maniobra de Mauriceau en los demás países.

Martin, Wiegand y v. Winckel aconsejan una maniobra combinada para descender la cabeza última cuando existe una dificultad por estrechez pelviana. Esta misma maniobra se conoce en Francia con el nombre de Champetier de Ribes.

Para evitar la reducción artificial de los brazos, A. Müller recomienda extraer el feto, incluso cuando los brazos están elevados, por medio de tracciones oscilantes ejercidas sobre el tronco. Erróneamente en algunos tratados de obstetricia esta maniobra recibe el nombre de maniobra de Deventer-Müller.

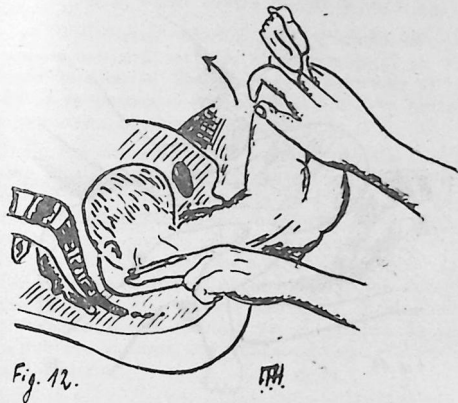
pasa entre los miembros inferiores del feto. Si esto no fuera posible debido a la brevedad del cordón y se teme que estirándolo pueda cortarse, se seccionará entre dos pinzas, y en seguida se acelerarán todos los tiempos siguientes de la extracción.



4) **Extracción de los hombros y de los brazos.**—Si las tracciones se han ejecutado durante las contracciones uterinas, los brazos se desprenden flexionados sobre la cara anterior del tórax. En cambio, cuando las tracciones se ejecutan en los intervalos de las contracciones, los brazos se elevan a los lados de la cabeza, y deberán ser desprendidos artificialmente antes de proceder a la extracción de la cabeza.

Es importante hacer el desprendimiento de los brazos en el momento oportuno. Empezando demasiado pronto se les encuentra todavía por encima del estrecho superior y es difícil poderlos alcanzar, y si

se hace demasiado tarde, una parte de la cabeza se ha encajado ya en la pelvis conjunto con los brazos, impidiendo la movilidad de éstos. El momento oportuno para desprender los brazos es cuando la cintura escapular se encuentra en la excavación y la cabeza por encima del estrecho superior. El ángulo de la escápula se encuentra entonces en el estrecho inferior. El desprendimiento de los brazos debe hacerse



cuando los ángulos de las escáputas empiezan a aparecer en la vulva. De ordinario la cintura escapular se desprende del canal pelviano, de modo que el dorso se encuentra hacia adelante y un poco lateralmente, confrontándose el diámetro bisacromial con uno de los oblicuos. Debido a esto, uno de los brazos se encuentra situado hacia atrás, y, el otro, hacia adelante. Es necesario desprender los brazos sucesivamente. Como entre el tronco del feto y la cavidad del sacro existe siempre mayor espacio que entre el

tronco y la pared anterior de la pelvis, se empezará siempre el desprendimiento con el brazo posterior. Elevado el feto, cogido por los pies, se introduce la mano cuya palma mira al dorso del feto, y se llega al codo. Se desciende el brazo tomando por punto de apoyo el codo, que se flexiona intensamente. Es preciso no tomar como punto de apoyo el brazo, pues, la fractura del húmero sería irremediable (Fig. 12).

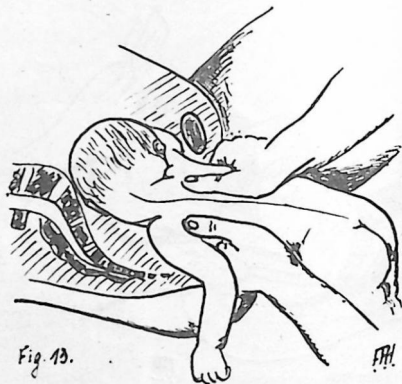


Fig. 13.

Para descender el brazo anterior podemos elegir por uno de los dos procedimientos que siguen:

a) Cuando ha salido el primer brazo, el segundo es llevado hacia la parte posterior de la pelvis. Esto se consigue mediante un movimiento de rotación que se imprime al tronco y al hombro, teniendo la mano aplicada de plano sobre el tórax fetal, comprendiendo en ella también el brazo ya liberado. El desprendimiento de este segundo brazo se hace del mismo modo que el primero

b) Para alcanzar el brazo anterior nos servimos de la mano dorsal, que abordará el hombro por detrás y reducirá el brazo anterior mediante un doble movimiento:

- 1) Un movimiento de abducción y flexión que hace pasar el codo delante de la cara fetal; y
- 2) Un movimiento de descenso del codo que aplica el brazo contra la pared torácica.

c) Si el brazo anterior está cruzado detrás de la cabeza, se hará ejecutar al tronco fetal un movimiento de rotación destinado a transformar el brazo anterior en posterior, y ahora bajamos este brazo con las maniobras que ya conocemos (Fig. 13)

En los últimos años la mayoría de los tocólogos tratan de desprender los brazos por medio de la maniobra de A. Müller. Consiste esta maniobra en ejecutar tracciones oscilantes sobre el tronco. Una vez aparecidos los ángulos escapulares se hará primero una tracción enérgica hacia abajo, en dirección al sacro materno, con ésto se desprende el hombro y brazo anterior. En seguida se eleva fuertemente el niño, haciendo una tracción en el sentido de la sínfisis pubiana materna, desprendiendo así el hombro y brazo posterior.

5) **Extracción de la cabeza última.**—Si la cabeza del feto y la pelvis de la madre tienen dimensiones normales y la dilatación del cuello uterino es completa, la cabeza desciende fácilmente en la excavación. Se debe ésto a que la cabeza del feto se presenta en flexión pasando con el diámetro suboccipitobregmático, que mide 9,5 cm. Pero sucede a menudo que, debido a las mismas tracciones, la cabeza se deflexiona y el diámetro que debe pasar es el occipitofrontal de 12 cm., lo que en una pelvis normal es imposible. Para mantener o aumentar la flexión nos

servimos de la maniobra de Mauriceau-Levret-Veit-Smellie, entre nosotros conocida simplemente con el nombre de maniobra de Mauriceau.

Técnica de la Maniobra de Mauriceau.—La mano, cuya palma mira al vientre del feto, se introducirá en la vagina; y vá en busca de la boca del feto. Dos dedos, el índice y medio, se introducen en la cavidad bucal. El feto se coloca a horcajada sobre el antebrazo. La boca se encuentra generalmente en



Fig. 14

la extremidad posterior de uno de los diámetros oblicuos; es decir, a la izquierda o a la derecha. Dos dedos de la otra mano se colocan en forma de horquilla sobre la nuca del feto, apoyando los dedos sobre las fosas supra-espinosas. Así tomado el feto se hace una tracción sobre el maxilar inferior, que

se aproxima al tórax; de ello resulta una flexión de la cabeza favorable para el descenso. Ahora la mano externa ejecutará tracciones hacia abajo y procurará rotar el dorso hacia adelante. La mano interna, cuyo índice y medio se encuentran introducidos en la boca fetal, también tratará de rotar la cabeza hasta dejarla orientada según el diámetro ántero-posterior. Cuando la nuca aparece bajo la sínfisis, el tocólogo coge los pies del feto con la mano que se encontraba sobre el cuello, y dejando los dedos de la otra mano en la boca ejecuta una tracción fuerte hacia arriba, quedando el feto vertical. Con esta última maniobra se consigue el desprendimiento de la cabeza (Fig. 14).

B) Extracción por las nalgas. (Presentación de nalgas incompletas, modalidad de nalgas encajadas):

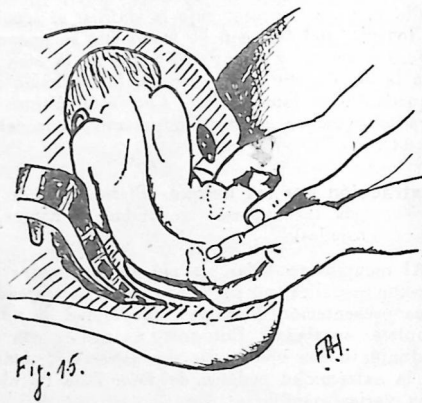
Al recurso de bajar un pié para proceder a la extracción podálica, no se puede recurrir tratándose de una presentación de nalgas, modalidad de nalgas incompleta encajadas. Entonces, no nos queda otro procedimiento que ejercer las tracciones directamente sobre la extremidad podálica del feto. Para tal objeto existen varias maniobras:

- 1) Extracción manual;
- 2) Extracción con el lazo de Bunge;
- 3) Extracción con el gancho de Küstner; y
- 4) Aplicación del fórceps.

Los fetos pequeños y delgados, con nalgas poco desarrolladas pueden ser extraídos con el solo auxilio de la mano; pero en fetos bien desarrollados fracasa esta tentativa y es necesario recurrir á uno de los otros procedimientos.

La técnica de la extracción manual consiste en colocar uno o dos dedos en el pliegue inguinal anterior, que es generalmente el más accesible, y hacer

descender la extremidad podálica [mediante las tracciones hasta que sea posible enganchar los dedos de la otra mano en la ingle posterior. Estas tracciones son difíciles, deberán ser intermitentes y es necesario reposar a intervalos (Fig. 15).



Los procedimientos siguientes son peligrosos para el feto, pues, son capaces de lesionar las partes blandas y ocasionar extensas heridas, u obrar todavía más profundamente determinando la luxación de la articulación coxofemoral o la fractura del fémur.

El modo más sencillo de aplicar el lazo consiste en introducirlo lateralmente, con respecto a la presentación, con ayuda de los dedos, y colocarlo en el pliegue de la ingle anterior entre el muslo y la pelvis. Facilita esta maniobra de colocar el lazo un instrumento especial llamado portalazo de Bunge.

El gancho obtuso también se aplica sobre el pliegue anterior, guiándolo con la mano e introduciéndolo lateralmente. La colocación del gancho en la ingle posterior, que se encuentra más alta y es menos accesible, tan solo es posible cuando se dispone de un instrumento especial, dotado de una curvatura perineal como sucede con el gancho de Küstner. Por regla general, con el gancho aplicado sobre la ingle anterior se consigue hacer descender las nalgas. Las tracciones se ejecutarán hacia abajo, hasta colocar la nalga anterior debajo de la sínfisis pubiana.

Es muy importante que durante la extracción con el lazo o el gancho, éstos no resbalen hacia el muslo, para lo cual se mantendrá un dedo junto al lazo o al gancho. Este dedo comprobará que el instrumento se mantiene en su posición e impedirá que penetre en las partes blandas del feto. Tan pronto como aparezcan las nalgas en la vulva, el gancho o el lazo será substituído por el índice encorvado.

Sobre la aplicación de fórceps en presentación de nalgas hablaremos en el capítulo correspondiente al fórceps.

Difficultades que se pueden presentar al hacer una extracción podálica.

La extracción podálica resulta fácil cuando intervinimos en presencia de una pelvis normal, partes blandas distendibles, cuello uterino con dilatación completa. Pero en los casos en que existe una anomalía pelviana, relación pelvi-fetal anormal, las dificultades que se pueden presentar al hacer una extracción podálica hacen peligrar la vida del feto y quedar la madre con lesiones de gravedad.

Las mayores dificultades se deben a exceso de tamaño del feto, a una elevación de los brazos, a

una desviación de la cabeza fetal en una pelvis estrecha, a una rigidez de las partes blandas, o a un cuello uterino que se ha retraído sobre el cuello fetal.

Según los tres tiempos principales en que se divide el mecanismo del parto de nalgas, podemos distinguir complicaciones que sobrevienen:

- a) En el parto de las nalgas;
- b) En el parto de los hombros; y
- c) En el parto de la cabeza.

A) Complicaciones en el parto de las nalgas.—La extracción del pié, pierna y muslo generalmente no presenta dificultades; pero puede suceder que al aparecer el muslo en la vulva, la extracción no sigue. En este caso debe pensarse en la posibilidad de existir una de las siguientes dificultades:

a) Las nalgas no se encajan, porque el diámetro bitrocantereano de 11 cm. de ancho ha quedado en correspondencia del diámetro coxisubpubiano. En este caso se tratará de obtener por medio de tracciones e imprimiendo una rotación al miembro precedente, que el diámetro bi-trocantereano se confronte con uno de los diámetros oblicuos o con el diámetro transversal (Pelvis plana).

b) A veces, encontrándose el cuello uterino sin dilatación completa, puede oponer resistencia a la extracción de las nalgas. Por eso es conveniente proceder, siempre que sea necesario, a la dilatación manual o instrumental del cuello uterino. Recuérdese que si existiendo una dilatación insuficiente del cuello uterino, y debido a ésto una dificultad para extraer las nalgas, mucho mayores serán las dificultades que se presentarán al proceder a la extracción de la cabeza, pues, es casi seguro que el cuello uterino se retraerá sobre el cuello fetal e impedirá la extracción de la cabeza.

B) Complicaciones en el parto de los hombros.—Hemos dicho antes, al tratar sobre el parto de nalgas, que los brazos al atravesar la excavación se encuentran aplicados contra el tórax durante la contracción. Si la extracción podálica sigue a una versión interna y al existir una anomalía pelviana y aún existiendo una relación pelvifetal normal, las tracciones que ejecuta el tocólogo se suceden en el intervalo de las contracciones uterinas, puede presentarse una de las complicaciones más frecuentes en el parto de los hombros, cual es la elevación de los brazos. Pueden elevarse uno o ambos brazos y, con respecto a la cabeza del feto, pueden elevarse por delante o por detrás de la cabeza.

Si uno de los brazos se ha elevado por delante de la cabeza, se baja el brazo posterior primero. Para ésto se introduce la mano que en actitud natural de semipronación, tiene vuelta su palma hacia el dorso del feto. La otra mano levantará las nalgas del feto hacia arriba. La inflexión que así se produce hace sitio a la mano activa, que con trabajo va y debe penetrar toda ella, incluso el pulgar, aplicando su palma al omóplato fetal. Hundida la mano tan profundamente como sea posible, se la conduce sobre el deltoides, por encima y a lo largo del brazo, hasta llegar al pliegue del codo. Es en el pliegue del codo y no sobre el frágil húmero donde se deben apoyar la punta de los dedos índice y medio para tirar de la raíz del antebrazo y hacerle descender por delante de la frente, el ojo y la nariz hasta extraer la mano al exterior. (On fait moucher le fœtus). Gracias a la amplitud de la concavidad sacroilíaca se ha realizado el desprendimiento del brazo posterior. La mano que levantaba el feto lo baja ahora, para tratar de alcanzar y desprender el brazo anterior. Para ésto la mano que acaba de operar atrás se introduce un poco más adelante, (siempre la cara palmar sobre el dorso del feto) y procede de la misma manera

antes descrita a desprender el miembro anterior. En el caso de no ser posible alcanzar el brazo anterior que está frente al pubis, se hace girar al feto transformando el brazo anterior en brazo posterior.

Más dificultades existen cuando uno de los brazos se ha elevado por detrás de la cabeza. Ante una complicación de esta naturaleza, rotamos el dorso del feto hacia adelante y procedemos después a la extracción como se hace en un brazo elevado por delante de la cabeza (Fig. 16).

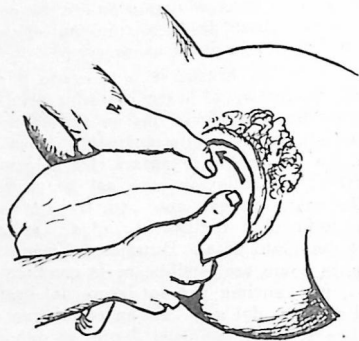


Fig. 16.

F.H.

C) Complicaciones en el parto de la cabeza.—En una pelvis normal, cabeza en posición media o flectada, no es difícil—la mayoría de las veces—encontrar la boca del feto para proceder a la maniobra de Mauriceau. Sabemos que la boca la hemos de buscar en la extremidad posterior de uno de los diámetros oblicuos. Hay casos en que es difícil

de encontrar la boca, pues, estando deflectada la cabeza no la alcanzamos, o no habiendo seguido la cabeza la rotación del cuerpo se encuentra el mentón fetal hacia adelante, por encima de la sínfisis pubiana o hacia atrás por encima del promontorio. En estos casos, que en realidad son raros, tratamos de llegar con los dedos al mentón y lo rechazamos hacia un lado y en seguida introducimos el dedo en la boca.

Las mayores dificultades se presentan en la extracción de la cabeza última, cuando existe una estrechez pelviana, que no permite el encajamiento de la cabeza última. Recurrimos a una maniobra que ha sido ideada y descrita por diferentes tocólogos y de ahí que se la conozca, a pesar de ser la misma maniobra, según los diferentes textos de Obstetricia y Escuelas Obstétricas con el nombre de Maniobra de Wiegand Martin Winkel, en Alemania e Inglaterra, y con el nombre de Maniobra de Champetier de Ribes, en Francia y España. Se diferencia esta maniobra de la maniobra de Veit-Smellie-Mauriceau, en que la maniobra de Mauriceau, está destinada a extraer la cabeza fetal que está en la excavación, mediante evolución de la misma, con punto fijo en la sínfisis pubiana y semicírculo de recorrido en el perineo; por el contrario, la maniobra de Wiegand-Winkel-Champetier tiene por objeto hacer entrar en la pelvis la cabeza que todavía no ha salvado el estrecho. Correlativamente, en la maniobra de Mauriceau la sutura sagital debe ser ántero-posterior, espalda fetal hacia adelante; en la maniobra de Wiegand-Winkel-Champetier la sutura sagital debe evolucionar partiendo de la posición transversal y la espalda del feto estará orientada hacia un lado. Además, existe otra diferencia con respecto a la flexión que se desea obtener. Mientras que en la maniobra de Mauriceau tratamos de flectar la cabeza al máximo, en cambio en la maniobra de Wiegand-Winkel-Champetier solo se

busca una flexión ligera para lograr que el diámetro bitemporal (no el biparietal), sea el que atraviese la parte más estrechada del conducto pelviano.

Técnica.—La mano, cuya palma mira al vientre del feto, busca la boca del feto e introduce en ella dos dedos para enganchar sólidamente el maxilar. Mediante una fuerte tracción ejercida sobre la mandíbula inferior se trata, ante todo, de colocar la ca-

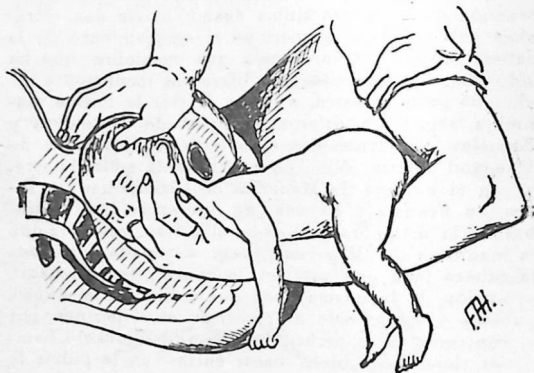


Fig. 17.

beza en una posición favorable de flexión. Una vez conseguido ésto, se coge la cabeza con toda la mano externa a través de las paredes abdominales y se la exprime con fuerza, presionando especialmente sobre la frente fetal, favoreciendo así la flexión. (Fig. 17). Cuando tenemos matronas expertas o médicos ayudantes a nuestra disposición, es conveniente seguir el consejo

de Champetier de Ribes, quién hace colocar al ayudante principal ante la frente del feto, para que éste apriete con ambas manos la frente, para favorecer la flexión. Una vez obtenido el encajamiento mediante las presiones y tracciones, se sigue con la maniobra de Mauriceau. Es conveniente saber que el encajamiento y descenso de la cabeza fetal se facilita colocando a la parturienta en posición Walcher (mujer acostada de través con las nalgas en el borde de la cama, los muslos estirados y los pies colgando en el suelo), posición que aumenta los diámetros ántero-posteriores del estrecho superior hasta 1 cm.

Si después de tentativas repetidas y bien ejecutadas fracasa esta maniobra, podemos hacer un ensayo de fórceps siempre que el niño esté vivo. Con feto muerto no cabe otra cosa que reducir el volumen de la cabeza por medio de la craneotomía.

Las mismas dificultades mecánicas que ofrece la estrechez pelviana pueden presentarse también por exceso de volumen de la cabeza. La técnica de la extracción es la misma; la sinfisiotomía rápida puede salvar un feto vivo. Si existe hidrocefalia, se practicará inmediatamente la craneotomía.



CAPITULO VI.

Fórceps.

La invención del fórceps está rodeada de un misterio difícil de dilucidar. Lo cierto es que desde últimos del siglo XV o principios del XVI, los individuos de la familia Chamberlen utilizaban un fórceps, probablemente inventado por Peter Chamberlen, alrededor del año 1600.

En 1670, Hugo Chamberlen fué a París con el ánimo de vender su secreto, y hubo de actuar y fracasar en una paciente con estrechez pélvica, cliente de Mauriceau, la que estaba ya desde hace 8 días de trabajo.

Independiente de Chamberlen inventó Palfyn, Cirujano de Gantes, en el año 1723, un fórceps conocido con los nombres de Mains o Tire-Tete de Palfyn. Desde esa fecha comenzó a existir con plenitud de empleo, y a divulgarse, el fórceps.

Una vez descubierto, el primer modelo de fórceps, los tocólogos trataron de perfeccionar dicho instrumento en relación con los problemas que debía resolver. Nombraremos a Dussé, Gregoire, Levret, Smellie, Brünninghaussen y Nagele, autores que más se han destacado en el perfeccionamiento del fórceps.

Dussé fué el primero que cruzó las ramas del fórceps de Palfyn (1734). Gregoire ideó la articulación de las cucharas. Levret (1703-1780) alargó notablemente las ramas del fórceps e ideó la curvatura

pelviana. Smellie (1697-1763) en cambio, ideó un fórceps chico, recto, utilizable en las aplicaciones del estrecho inferior.

Después se comprendió que el fórceps no debía ser simplemente un aparato de tracción, sino que tenía un más noble oficio: el de orientar y dirigir la cabeza del feto a fin de que siguiera su camino en las vías genitales maternas de un modo el más aproximado fisiológico. El tocólogo, que conoce las evoluciones sucesivas de la cabeza en la pelvis durante un parto normal, imita tales evoluciones, al maniobrar con el fórceps, que no es más que la prolongación de sus manos, y al cual, según la expresión de Sellheim, anima.

En Alemania los modelos más extendidos son el Nägele y el de Busch, los cuales ocupan el término medio entre el tipo inglés de Smellie y el tipo francés de Levret, y reúnen en sí las ventajas de ambos.

Han establecido concurrencia con los fórceps clásicos antiguos los que en estos últimos tiempos se han denominado: fórceps tractoros en el sentido del eje, cuyo tipo es el de Tarnier.

Descripción del fórceps: La palabra fórceps significa pinza y, en realidad, **no es otra cosa este instrumento** que una pinza céfalica, destinada a ser aplicada a la cabeza fetal, a modo de dos manos de metal, que permitan la extracción.

En su parte fundamental consta este instrumento de dos ramas, que se introducen separadamente en los órganos genitales. La rama que se aplica a la mitad izquierda de la pelvis se llama izquierda; la otra, que se coloca en el lado derecho, es denominada: rama derecha. Cada rama está constituida por tres partes: cuchara, articulación y mango.

Las cucharas presentan una doble curvatura. La curvatura céfalica sirve para la adaptación de la

cuchara a la cabeza. La curvatura pelviana es la destinada a la adaptación del instrumento a la forma del canal pelviano.

Cuando el instrumento está articulado y cerrado, la distancia que separa los puntos más separados de las cucharas es de unos 7 cm., por cuyo motivo, al verificar la extracción, no debe estar completamente

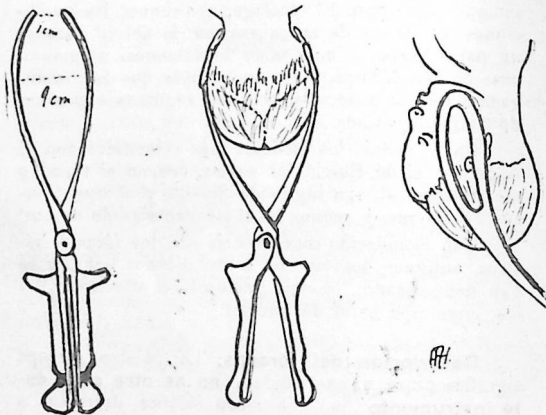


Fig. 18.

cerrado el fórceps, para evitar compresiones peligrosas para la vida del feto; los picos de la cuchara deben quedar separados un centímetro. Las cucharas son fenestradas, para disminuir el peso total del instrumento; los bordes de las cucharas y del ojal de las mismas deben ser perfectamente redondeados.

En el fórceps de uso corriente, las ramas se

cruzan a nivel de la articulación. Las maneras de articularse las ramas del fórceps son varias, según los diferentes modelos. Es preciso que la unión de las dos ramas se realice de modo fácil. En la mayor parte de los modelos, la rama izquierda es la que presenta un clavo que sirve para que en él se introduzca una escotadura que presenta la otra rama. De ahí el nombre de rama de macho que se da a la izquierda y hembra a la derecha. En el fórceps inglés y en el fórceps de Kielland se verifica la articulación por encaje recíproco.

El fórceps de Tarnier, llamado de tracción axial, tiene además un dispositivo para la tracción que consta de dos tiras metálicas, que adosan de un modo perfecto a la cara interna de las cucharas durante la introducción de las ramas; y, que luego se aplican por un sencillo mecanismo a una vara transversal resistente, que permite hacer la tracción de modo completamente independiente de las ramas.

Es indudable que con toda clase de modelos se pueden hacer muy buenas aplicaciones de fórceps, y que lo más importante para el tocólogo es el conocimiento exacto del modo como debe aplicarlo influyendo de modo notable, en las ventajas de unos y otros instrumentos, el hábito adquirido por cada tocólogo con el modelo preferido.

Objeto que debe buscarse en la aplicación de fórceps.—En los tratados clásicos antiguos podemos leer que la acción ideal del fórceps es exclusivamente de tracción sobre la cabeza fetal y recalcan los antiguos tocólogos que toda otra acción es nociva y debe evitarse. Hoy día no podemos admitir ésto. Dada la evolución experimentada por la obstetricia se puede afirmar que el fórceps no es un mero instrumento de prehensión y tracción, sino que es además un instrumento de orientación para la cabeza fetal. Consecuentemente, el tocólogo, al usar el fórceps

procura sacar el máximo partido de sus ventajas; y procura modificar con él, de manera conciente, la actitud de la cabeza fetal cuando ésta no ha seguido las leyes naturales del mecanismo del parto. Como ejemplo, supongamos que la cabeza fetal ha descendido sin efectuar el movimiento de rotación, es decir, en posición transversa. Llegará un momento en que el parto se detendrá. En este caso el fórceps aplicado no hará solamente de instrumento de tracción, sino que al mismo tiempo orientará la cabeza fetal, imprimiéndole un movimiento de rotación. Logrado, pues, la prehensión, el fórceps se halla en condiciones de verificar la tracción, pero bien aplicado, debe conducir los diámetros cefálicos en la dirección más conveniente para que exista correspondencia entre los diámetros cefálicos y pélvicos. En este sentido debe reconocerse al fórceps de Tarnier una ventaja sobre los otros modelos. La independencia que existe entre el tractor y los mangos hace que al verificar la tracción, evolucione de modo espontáneo la cabeza fetal, colocándose en la mejor posición para la salida; en los fórceps de Levret, Naegle, Smellie, Simpson, etc., la evolución debe verificarse actuando de modo directo sobre los mangos.

En toda aplicación de fórceps, en presentación de vértice, el tocólogo debe recordar el conjunto de movimientos que hace la cabeza fetal para que se pueda encajar y atravesar el conducto genital. Especial interés tienen en la aplicación de fórceps los siguientes tiempos: acomodación, encajamiento, rotación interna de la cabeza, desprendimiento de la cabeza.

Al comenzar las contracciones uterinas en una múltipara, o unos días antes del parto en una primigrávida, trata la cabeza fetal de encajarse. Es sabido, que en las múltiparas la cabeza está en actitud indiferente y se mantiene por encima del estrecho superior, en esta actitud, en muchos casos hasta el momento mismo del parto. (Actitud de militar, de los

autores ingleses). Al sobrevenir las contracciones uterinas, el feto es empujado hacia el estrecho superior, para lo cual deja su actitud indiferente pasando a la flexión, por la cual transforma el diámetro occípito-frontal en sub-occípito-bregmático. Al hacer en este momento un tacto vaginal palpamos la fontanela menor, la cual será desde ahora el punto de guía. Erróneamente, la escuela alemana, denomina este sub-tiempo de la acomodación; primera rotación. No se trata de una rotación, sino de movimiento de flexión.

¿Cuál es el diámetro del encajamiento?—En los antiguos tratados de Obstetricia leemos que la cabeza fetal se orienta, haciendo una pequeña rotación, en el sentido de concordar el diámetro occípito-frontal con uno de los oblicuos, encajándose en este diámetro. Oigamos algunas opiniones de autores modernos:

De Lee (Principles and Practice of Obstetrics), dice: «The head therefore, usually enters the inlet » with its long diameter in the transverse of the » pelvis; and since the two fontanells are about as » easily reached by the examining finger, we con- » clude that the head is not strongly flexed in the » chest. Many authors dispute the former of these » statements, claiming that the head enters the pel- » vis in one of its oblique diameters, specially the » right but the author, after careful study of hun- » dreds of labors, believes the head enters transver- » sally in the majority of cases»

Kielland (Die Anlegung der Kiellandschen Zange), escribe: «In einzelnen auch jetzt noch ge- » bräulichen Lehrbüchern findet man immer noch an- » gegeben, das die Stellung des Kopfes mit der » Pfeilnaht im Schrägdurchmesser die gewöhnliche

» sei. Wenn man weiss, das der Kopf im der Regel
 » mit der Pfeilnaht im quemem Durchmesser oder
 » annähernd im quemem ins Becken eintritt...».

La importancia que tiene el diámetro de encajamiento para el tocólogo está en que si acepta el encajamiento en el diámetro oblicuo, el fórceps de Tarnier estaría indicado para hacer aplicaciones altas; pero si es el diámetro transverso, en el que se encaja la cabeza fetal, la presa ideal, biparietal se podría hacer exclusivamente con el fórceps de Kielland.

Para Kielland, y su escuela, la cabeza fetal, se encaja coincidiendo el diámetro occipito frontal con el diámetro transverso de la pelvis. Martius enseña que la cabeza se encaja indiferentemente en el diámetro transverso u oblicuo.

Maygrier et A. Schwaab responde la pregunta: **¿Comment se fait l'engagement?**, diciendo:

«La tete (grand diámetros) placé transversalment
 » au-dessus du dédroit supérieur a la fin de la grossesse, du moins chez la femme multipare, subira,
 » dès le début du travail, un mouvement de rotation
 » en avant et s'adaptera suivant le diametre oblique
 » du bassin».

Aceptemos teóricamente a la Escuela de Kielland. Tendríamos entonces que la cabeza fetal se encajaría en el diámetro transverso; descendiendo, haciendo al mismo tiempo la rotación interna, según el diámetro oblicuo; y, llegará al estrecho inferior orientada según el diámetro ántero-posterior o coxisubpubiano. A estos tres tiempos corresponden tres aplicaciones distintas de fórceps:

- 1) Fórceps en el estrecho superior, en correspondencia al diámetro transverso;
- 2) Fórceps en la excavación, en correspondencia de uno de los diámetros oblicuos; y
- 3) Fórceps en el estrecho inferior, en correspondencia del diámetro ántero-posterior.

Pero no siempre los tiempos se suceden normalmente. Sabemos que pueden existir anomalías para los diversos tiempos. Fetos pequeños pueden encajarse en una pelvis lateralmente estrecha, según el diámetro ántero-posterior, (Hoher Geradstand) de los alemanes. Puede faltar la rotación totalmente o ser insuficiente y quedar la cabeza en occipito-transversa en la excavación (Mittlerer Querstand) y, aún presentarse el caso en que la cabeza descienda hasta el estrecho inferior en posición occipito-transversa. (Tiefer Querstand). Resumiendo en un cuadro, tendríamos las siguientes aplicaciones de fórceps:

- 1) Estrecho superior: Diámetro transverso (Hoher Querstand, de los alemanes; High Forceps, de Lee),
- 2) Excavación: a) diámetro oblicuo;
 b) diámetro transverso (Beckenmittenquerstand, de los alemanes; Midplane Transverse Arrest, de los ingleses).
- 3) Estrecho inferior: a) diámetro ántero-posterior;
 b) diámetro oblicuo; y
 c) diámetro transverso (Tiefer Querstand, Deep Transverse Arrest).

Por la descripción anteriormente hecha hemos visto que el fórceps es un instrumento simétrico. Esto nos indica que debe ser aplicado en partes simétricas de la cabeza fetal. Ello es muy factible cuando esas partes simétricas de la cabeza fetal corresponden a partes simétricas de la pelvis materna. La presa ideal—la presa parieto-malar de Farabeuf y

Varnier—es muy fácil en las posiciones directas occipito pubianas u occipito-sacras, por ejemplo. En cambio, en las demás posiciones la presa parieto-malar no se logra sino a costa de la Maniobra de la espira de Madame Lachapelle, conocida por la escuela alemana por Wandern der Löffel. Pero aún intentando tal maniobra no siempre se consigue (por ejemplo, en las posiciones transversas) la buena presa, y hay que contentarse a veces como mal menor, con la pre-

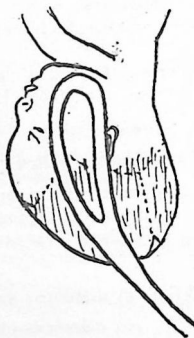


Fig. 19.

sa fronto-mastoidea o presa oblicua. La dificultad en las aplicaciones altas está en la curvatura pelviana del fórceps, la que no permite ejecutar la vuelta de la espira, ni la aplicación directa.

La curvatura pelviana ha sido ideada con el fin de evitar los desgarros perineales. En realidad, sabemos hoy día que los desgarros perineales no suelen

producirse por apoyo de los mangos de los cucharas, sino por la salida de la cabeza. Y, como con todo acierto hace notar Demelin, entre los instrumentos destinados a coger una cabeza fetal elevada, a nivel o por encima del estrecho superior, el basiotribo de Tarnier es un instrumento casi recto, con una curvatura pelviana casi nula y, sin embargo, no se producen desgarros perineales. Veremos que prescindiendo Kielland de la curvatura pelviana ha ideado su fórceps especialmente para hacer aplicaciones altas, haciendo presas simétricas.

Indicaciones para hacer aplicación de fórceps (según von Winckel).

Sufrimiento de la madre:

1. Fatiga obstétrica con inercia uterina secundaria. Falta de progresión fetal.
2. Resistencia de las partes blandas, edema, peligro de esfacelo de las partes blandas maternas; peligro de ruptura uterina. Hematuria por compresión de la vejiga.
3. Fiebre de más de 38,5° c. durante el parto.
4. Hemorragias de origen placentario, o por ruptura de várices.
5. Eclampsia.
6. Enfermedades agudas o crónicas (Tuberculosis, asistolia, neumonía, epilepsia, nefritis, etc).

Sufrimiento del feto:

1. Aceleración de los ruidos cardíacos por encima de 160 o retardo por debajo de 100 en las pausas, entre las contracciones uterinas.
2. Salida de meconio (las aguas son verdosas y fangosas).

3. Procidencia del cordón umbilical en presentación de vértice.
4. Céfalo-hematoma en vías de aumentar.

La indicación más frecuente la constituye sin duda alguna la detención prolongada del parto, es decir, la falta de progresión fetal que exaspera especialmente a una primigrávida de parto, produciendo en ella una fatiga física acompañada de la depresión moral consiguiente. No existiendo un obstáculo invencible para las fuerzas uterinas, es un deber del partero, antes de hacer una aplicación de fórceps, colocar una inyección ocitócica, por ejemplo: Hipofisina, Pituitrina, Pituglandol, etc. Si la inercia uterina persiste a pesar de la inyección ocitócica, la cabeza fetal no progresa o el período de expulsión demora más de dos horas, tenemos la obligación de intervenir, haciendo una aplicación de fórceps.

Condiciones necesarias para poder aplicar el fórceps.—Para aplicar el fórceps requierense cuatro condiciones indispensables que son:

- 1) Cuello completamente dilatado;
- 2) Bolsa de las aguas rota;
- 3) Que la cabeza se halle en la excavación, o por lo menos, que su diámetro mayor esté fijo en el estrecho superior, y
- 4) Que no exista excesiva desproporción entre la cabeza fetal y los diámetros de la pelvis.

La primera condición es indispensable, porque el fórceps no es un agente dilatador. Si se aplican las cucharas del fórceps sir que el cuello esté del todo dilatado o dilatado, se producen desgarros cervicales y aún existe el peligro de arrancar todo el segmento inferior. Las aplicaciones de este instrumento con cuello insuficientemente dilatado, han sido causa de gravísimos accidentes.

Si se aplicara el fórceps sin estar rota la bolsa de las aguas, cogiendo las membranas entre las ramas del instrumento y la cabeza fetal, se producirían tracciones directas sobre aquellas, que podrían ocasionar la desinserción prematura de la placenta con todos los peligros inherentes para la vida del feto y de la madre.

La tercera condición no la conceptúan algunos tocólogos como indispensable y sí, solo como conveniente. Al hablar del fórceps de Kielland en las aplicaciones de fórceps por encima del estrecho superior, cuando la cabeza se encuentra movable, veremos las dificultades técnicas que se presentan y los peligros que existen para la madre. **Lo que es el médico práctico debe aplicar el fórceps exclusivamente cuando la cabeza del feto está encajada.** Aún el fórceps alto, estando la cabeza encajada en el estrecho superior puede ser de difícil aplicación. Con cabeza movable es preferible practicar una versión podálica aunque presente algún peligro para el feto, pues, garantiza mucho más la vida de la madre, y si bien los dos seres nos merecen gran respeto, no podemos en modo alguno aumentar los riesgos del uno en beneficio muy dudoso de la vida del otro (Recasens, Martius).

Manual operatorio de la aplicación de fórceps.

Nada más desconcertante para el que se inicia en el capítulo de fórceps si tiene a su alcance una obra de Obstetricia alemana y otra francesa. Se trata de dos escuelas completamente distintas. Más práctica la primera y más científica la segunda. Hemos seguido ambas escuelas en una serie de aplicaciones de fórceps y nos hemos formado el juicio siguiente: Para el médico práctico, no especializado, le aconsejamos seguir la escuela alemana. Sus reglas para la

aplicación de fórceps son fáciles de recordar. Lo que es el tocólogo especializado, deberá en lo posible seguir las reglas dadas por la escuela francesa. Decimos, en lo posible, porque también al especialista se le presentan casos en que no se podrá atener estrictamente a las reglas particulares dadas para la aplicación de un fórceps en determinada posición.

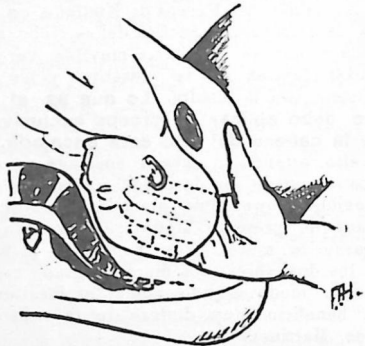


Fig. 20

Reglas generales para la aplicación de fórceps.

Preparativos pre-operatorios:

- a) Anestesia general de la enferma;
- b) Desinfección de la vulva;
- c) Cateterismo vesical evacuador;
- d) Tacto vaginal, para comprobar la dilatación completa del cuello uterino, y hacer el diagnóstico de la posición de la cabeza fetal (Fig. 20).

- e) Confirmada la posición exacta de la cabeza fetal, es conveniente poner el fórceps articulado por delante de la vulva en la posición en que éste deberá quedar aplicado a la cabeza fetal.

Al quedar aplicadas las cucharas, según uno de los diámetros oblicuos, sucederá que una de las cucharas quedará en la extremidad posterior del diámetro oblicuo y la otra en la extremidad anterior del mismo diámetro. Fácil es la aplicación de la cuchara posterior, pues resbalará, sobre la mano guía, para quedar aplicada en el lugar deseado. En cambio, la cuchara anterior podrá quedar en su sitio debido a una maniobra especial llamada «vuelta de la espira de Mme. Lachapelle», en los textos franceses; y, «Wandern der Löffel», en los textos alemanes e ingleses. Consiste esta maniobra en introducir la cuchara sobre la mano guía hacia atrás, tal como se hace con la cuchara anterior, y una vez llegada hasta cerca de la articulación sacro-iliaca, hacer un movimiento de circunducción alrededor de la cabeza fetal, ayudado por la mano guía, que llevará el pico de la cuchara hasta dejarla colocada en la parte anterior del diámetro oblicuo de aplicación. Ayudará eficazmente la vuelta de la espira hacer ejecutar al mango de la cuchara una vuelta en cono amplia, que corresponderá a un cono pequeño de la cuchara. Bien colocada esta cuchara anterior deberá quedar aplicada simétricamente con respecto a la cuchara posterior.

Reglas particulares para la aplicación de fórceps. según la Escuela Alemana, (Martius, Döderlein, Bumm, Graff, Winter).

- a) La rama izquierda se coge con la mano izquierda y se introduce a la izquierda. La rama derecha se coge con la mano derecha y se introduce a la derecha.

b) Siempre se introducirá **primero la cuchara izquierda**, tomada con la mano izquierda y haciendo de guía la mano derecha. La mano derecha se introducirá profundamente, con excepción del pulgar, en el conducto genital, quedando al lado de la cabeza, guiará la cuchara de la rama izquierda y protegerá las partes blandas maternas (Fig. 21).

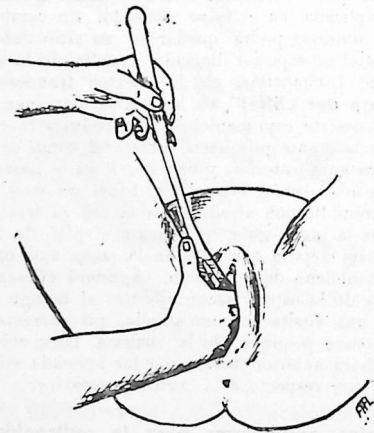


Fig. 21.

La Escuela Alemana aconseja **introducir siempre como primera rama a la rama izquierda** para evitar el descruzamiento de las ramas.

c) Introducida y bien colocada la rama izquierda se introduce la rama derecha, que se coge con la mano derecha, haciendo de guía la mano izquierda (Fig. 22).

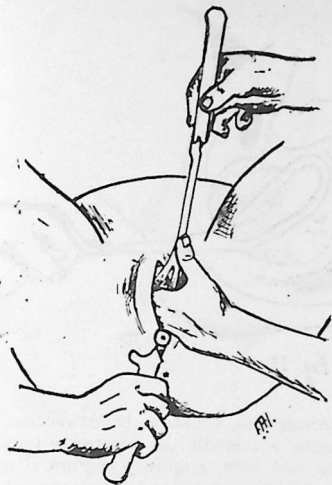


Fig. 22.

d) Una vez aplicadas las dos ramas, se articulan. Si la aplicación es correcta, la articulación es fácil. Por el contrario las partes de la articulación se colocan oblicuamente la una respecto de la otra y no encajan si no se ha obtenido el paralelismo de las ramas entre sí. El obstáculo depende ordinariamente

de la cuchara anterior que no ha sido llevada lo suficientemente hacia adelante por la maniobra de la espira. Para vencerlo se lleva la cuchara algo más hacia adelante.

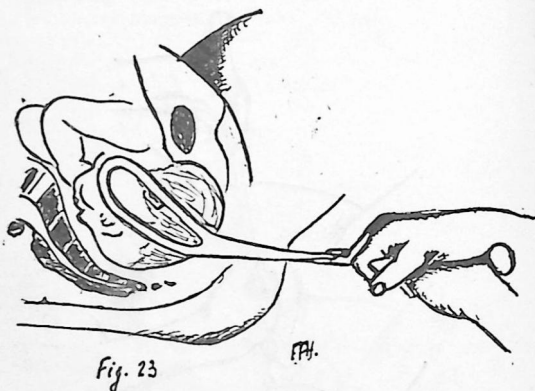


Fig. 23

e) Antes de comenzar la extracción, hemos de asegurarnos por medio de una ligera tracción de que la cabeza está bien cogida y seguirá al instrumento. Además, se hará un nuevo tacto vaginal para comprobar que no han sido comprendidas partes blandas maternas entre las cucharas del fórceps.

Para la extracción nos atendremos a la regla general de que las tracciones sigan el ritmo intermitente de las contracciones uterinas, y al eje del segmento de la pelvis en que se encuentra la cabeza, imitando de este modo, cuanto sea posible, el mecanismo del parto (Fig. 23).

Respecto a la dirección en que deben ejecutarse las tracciones, éstas se harán primero en sentido horizontal, para después, a medida que va descendiendo la cabeza hacerse más oblicua hacia arriba, y por último, vertical (Fig. 24)



Fig. 24.

Si la cabeza fetal se encuentra en la excavación y no ha rotado, será necesario combinar la tracción con un movimiento de rotación. Apareciendo la cabeza en la vulva y no teniendo tendencia a volver hacia atrás, se desarticula el fórceps y se retiran las ramas separadamente.

Si el fórceps no abraza bien la cabeza, o ésta es

demasiado blanda o muy maleable. (feto muerto, hidrocefalo), puede dejar escapar la presa. En el «deslizamiento horizontal», que se verifica tan solo cuando la cabeza se encuentra alta y movable, el instrumento escapa hacia atrás o hacia adelante a las primeras tracciones, porque la cabeza no fué cogida mas que por los bordes de las cucharas. En el «deslizamiento vertical» las cucharas resbalan desde la cabeza hacia abajo. En este caso nos damos cuenta del deslizamiento, observando que el instrumento desciende

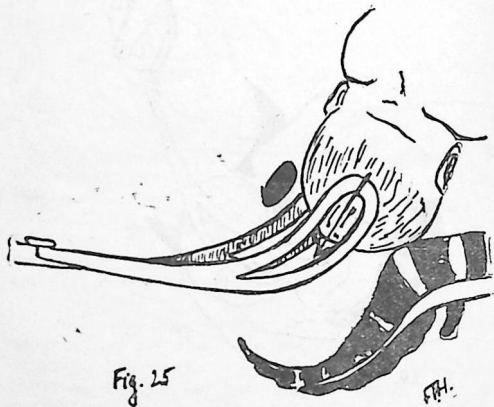


Fig. 25

sin ir seguido de la cabeza. Cuando las cucharas aparecen en la vulva sin la cabeza, se suspenden las tracciones, y desarticulando las ramas, se vuelve a empezar, introduciendo primero una rama y después la otra, procurando hacer una aplicación más perfecta (Fig. 25).

En general, podemos decir que la aplicación es

tanto más fácil cuanto más avanzado se encuentra el mecanismo del parto.

Vamos a presentar algunos casos de aplicación de fórceps en occipito iliaca anterior.

1. Cabeza en occipito-pubiana en el estrecho inferior.

Las cucharas quedarán aplicadas a los parietales de la cabeza fetal y según el diámetro transverso de la pelvis. (Presa simétrica ideal).

Extracción de la cabeza, haciendo primero tracciones horizontales y después en dirección al púbis materno.

2. Cabeza en la excavación. Posición occipito-oblicua anterior.

Sutura sagital del feto confronta con uno de los diámetros oblicuos de la pélvis materna. Fontanela menor se palpa fácil. Fontanela mayor se palpa más alta y con dificultad.

Las cucharas deberán quedar aplicadas según el diámetro biparietal de la cabeza fetal, y según uno de los diámetros oblicuos de la pélvis materna. Presa ideal del feto.

Extracción de la cabeza.—Las tracciones se ejecutarán primero en dirección del sacro materno, haciéndose al mismo tiempo una rotación que lleve el occipucio hacia el púbis. A medida que va progresando la cabeza, las tracciones se ejecutarán en sentido horizontal, oblicua hacia arriba y por último vertical.

Tratándose de una posición occipito iliaca derecha anterior, se introducirá primero la cuchara izquierda, debiendo quedar aplicada en la extremidad anterior del diámetro oblicuo izquierdo: para ésto se ejecutará inmediatamente la vuelta de la espira. Después

se introducirá la rama derecha, que quedará colocada hacia atrás, en la extremidad posterior del diámetro oblicuo derecho.

**3. Cabeza en la excavación, sutura sagital con-
fronta con el diámetro transverso de la pélvis.** (Posición transversa media, puede ser derecha o izquierda).

La escuela alemana aplica las cucharas según uno de los diámetros oblicuo de la pélvis. La presa de la cabeza no es ideal, pues, no va ser simétrica, sino fronto-mastoidea o presa oblicua. (Véase más atrás: Aplicación del fórceps en las occipito-iliacas transversas).

4. Cabeza en posición occipito-iliaca posterior, (Izquierda o derecha), en la excavación. La fontanela menor se toca hacia atrás, a la izquierda o a la derecha, según la posición.

Puede terminar el parto según dos modalidades diferentes: la cabeza no hace la gran rotación y se desprende en occipito-sacra, o la cabeza efectúa la rotación pasando por la posición transversa, oblicua anterior y se desprende en occipito-pubiana.

A estas dos modalidades corresponden dos aplicaciones distintas de fórceps.

Podemos hacer la extracción de la cabeza fetal haciendo una pequeña rotación, llevando el occipucio hacia el sacro (rotación pervertida), y extraer la cabeza en occipito-frontal.

Las cucharas se aplicarán en la posición occipito-iliaca izquierda posterior según el diámetro oblicuo izquierdo, y en la posición occipito-iliaca derecha posterior según el diámetro oblicuo derecho.

Si optamos por la segunda modalidad, una vez aplicadas las cucharas, hacemos la gran rotación, pasando la cabeza por la posición occipito-transversa,

occipito-iliaca oblicua anterior, al llegar el occipucio a la sínfisis pubiana el fórceps quedará invertido, mirando la curvatura pelviana hacia el sacro, por lo cual, para hacer la extracción deberá desarticularse el fórceps y hacer una nueva aplicación en occipito-pubiana. Esta doble aplicación del fórceps en las posiciones posteriores es conocida por la escuela alemana con el nombre de fórceps de Scanzoni.

Es en el curso de la rotación y extracción de la cabeza cuando nos damos cuenta por cual de las dos modalidades nos hemos de decidir. A veces será fácil extraer una cabeza en occipito-sacra, otras veces no será posible optar por la rotación menor, y será necesario hacer la gran rotación, llevar el occipucio hacia adelante, desarticular el fórceps y hacer una segunda aplicación.

**Reglas particulares para la aplicación de
fórceps, según la Escuela Francesa, (Farabeuf,
et Varnier, Fabre, Maygrier et Schwaab, etc.).**

En las presentaciones de vértice, en posición occipito-iliaca anterior, el movimiento de rotación que debe experimentar la cabeza para salir en occipito-pubiana no exige que la curvatura pelviana del fórceps pierda la dirección del eje pelviano, en tanto que en las posteriores, si se conduce el occipucio hacia adelante, la curvatura del fórceps queda en dirección completamente inversa al eje pélvico. Por este motivo es preciso estudiar separadamente la aplicación de fórceps en cada una de las diferentes posiciones en que pueda hallarse colocada la cabeza en la excavación pelviana.

Principios generales.

1. La rama izquierda se coge con la mano izquierda y se introduce a la izquierda.

La rama derecha se coge con la mano derecha y se introduce a la derecha.

2. La rama posterior se introduce primero.

La rama anterior se introduce en segundo lugar.

3. La rama posterior es del mismo nombre que el lado de la posición en las anteriores; es de nombre contrario en las posteriores (Fabre).

En las izquierdas anteriores, la rama posterior es la rama izquierda; en las derechas anteriores es la rama derecha.

En las izquierdas posteriores, la rama posterior es la rama derecha; en las derechas posteriores, es la rama izquierda.

La cuchara debe introducirse sobre la mano-guía, que comprueba si la dilatación del cuello es completa y protege las partes blandas maternas.

Aplicación del fórceps en el estrecho inferior.

Aplicación del fórceps cuando la cabeza está en occipito-pubiana.

1. Introducción de la rama izquierda primera.

2. Introducción de la rama derecha segunda.

3. Articulación. Si la muesca no coincide exactamente con el tornillo, ligeros movimientos de oscilación permiten la articulación.

4. Extracción. Las dos manos son colocadas una

encima de la otra, a nivel de la articulación, los pulgares extendidos bajo los mangos. Primero se ejecutarán tracciones horizontales que conducen la cabeza hacia el periné. Apareciendo el occipucio bajo la sínfisis las tracciones se harán en el sentido del abdomen materno. Apareciendo la cabeza en la vulva y no teniendo tendencia a volver hacia atrás, se desarticula el fórceps. Se saca separadamente, primero la rama derecha, después la rama izquierda, por un movimiento inverso al de introducción, que conduce el mango al pliegue de la ingle del lado opuesto. Cuando se ha sacado el fórceps se procede al desprendimiento como si se tratara de un parto espontáneo.

Aplicación del fórceps cuando la cabeza está en occipito-sacra.

Se ejecuta esta aplicación en los casos raros en que se ha efectuado una rotación pervertida del occipucio en las posiciones anteriores o haber rotado en sentido contrario una posición occípita posterior. Sutura sagital se encuentra en el diámetro anteroposterior. Hay que recordar que es la cara la que va a tomar como punto de apoyo al púbis, para ejecutar el desprendimiento.

1. Introducción de la rama izquierda primera. La mano derecha es la mano-guía; se coloca en el lado izquierdo de la pélvis.

2. Introducción de la rama derecha segunda. La rama derecha, sostenida con la mano derecha, es introducida sobre la mano izquierda que sirve de guía. Esta rama queda simétrica a la rama izquierda.

3. Articulación. Este tiempo se ejecuta de la misma manera como en la posición occipito-pública.

4. Extracción. Si la cabeza no es muy voluminosa, es posible hacer la extracción en occipito-sacra.

Al ejecutar las tracciones, primero se hará una ligera tracción de abajo arriba. De esta manera el occipucio llegará a la comisura posterior. En seguida se hará una gran tracción en sentido inverso, es decir, de arriba hacia abajo, para poder desprender la cabeza en deflexión.

Hay casos en que esta maniobra no dá resultado, debiéndose proceder a la transformación de la posición sacra en una occipito-púbica. Esto se consigue haciendo un gran movimiento de rotación una vez aplicadas las ramas.

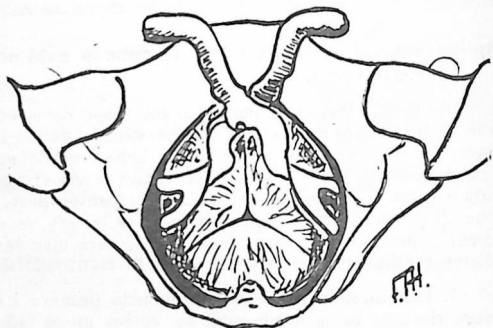


Fig. 26.

Aplicación de fórceps en la excavación.

Aplicación de fórceps en posición occipito-íliaca izquierda anterior.

Fontanela menor hacia la izquierda y adelante, sutura sagital confronta con el diámetro oblicuo

izquierdo. Si la aplicación se verifica como debe ser, con relación al diámetro transverso de la cabeza fetal, o sea el diámetro biparietal, las ramas del fórceps quedan colocadas en las extremidades del diámetro oblicuo derecho de la pélvis.

1. Introducción de la rama posterior primera, que es la rama izquierda.

La mano derecha, o mano guía, es introducida hacia la izquierda en dirección del seno sacro-íliaco izquierdo; rechaza las partes blandas vaginales hacia afuera y separa el cuello uterino. La rama izquierda, sostenida por la mano izquierda, entre el pulgar y los restantes dedos, como una pluma de escribir, es presentada verticalmente a la vulva; es introducida entre la mano guía y la cabeza por medio de un movimiento de descenso lento y progresivo del mango.

La cuchara es dirigida hacia el seno sacro-íliaco izquierdo y colocada por detrás de la cabeza, quedando en contacto con la región preauricular. Esta rama, una vez colocada, es confiada a un ayudante.

2. Introducción de la rama anterior segunda, que es la derecha. La introducción de la rama anterior se hace difícil por el poco espacio que existe entre el contorno de la cabeza y la pared pelviana.

La mano izquierda es introducida primero y sirve de guía. La rama derecha, sostenida por la mano derecha, es dirigida sobre esta mano en la dirección del seno sacro-íliaco; después es dirigida hacia el lado de la cabeza por medio de un movimiento particular designado bajo el nombre de «vuelta de la espira de Mme. Lachapelle», en Francia; y, «Wandern der Löffel», en Alemania.

Este movimiento se ejecuta por un descenso progresivo del mango, el cual es al mismo tiempo dirigido hacia el muslo izquierdo y torcido ligeramente sobre su eje, de tal manera que el gancho se dirige

oblicuamente hacia abajo y hacia el antebrazo izquierdo. Durante el movimiento, la cuchara ha contorneado la eminencia frontal, ejecutando un movimiento en espiral, y se ha colocado en la región parietomalar, simétricamente a la cuchara del lado opuesto. La mano izquierda sirve de guía y coopera a la realización de este movimiento.

3. Articulación. Generalmente la muesca de la rama derecha está colocada en una orientación tal

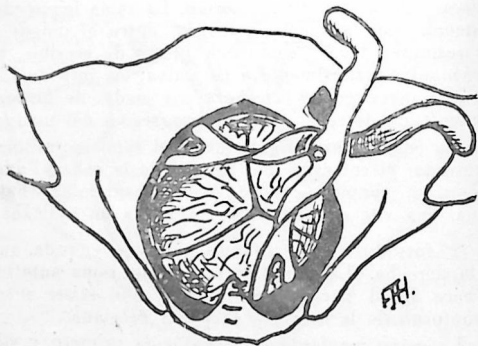


Fig. 27.

que puede fácilmente recibir el pivote de la rama izquierda. Si la coincidencia no es perfecta, se la completa por medio de ligeras oscilaciones.

4. Extracción. Las manos son colocadas en la articulación; tracciones intermitentes hacen descender

la cabeza directamente hacia abajo. Durante estas tracciones, la cabeza debe efectuar un movimiento de rotación que conduce el occipucio hacia adelante. Una vez fijada en occipito-pública, el fórceps es desarticulado y la cabeza desprendida como lo hemos descrito antes.

Aplicación del fórceps en posición occipito-ilíaca derecha anterior.

Fontanela menor hacia la derecha y adelante. Sutura sagital confronta con el diámetro oblicuo derecho. Las cucharas están en el diámetro oblicuo izquierdo, donde se encuentra el biparietal. La cuchara posterior es la derecha; la cuchara anterior es la izquierda.

1. Introducción de la rama posterior primera, que es la rama derecha. La mano izquierda o mano guía es introducida a la derecha y atrás, en dirección del seno sacro-ilíaco derecho. La rama derecha, sostenida por la mano derecha, es deslizada sobre ella y colocada por detrás de la cabeza a nivel de la mejilla. Esta rama es confiada a un ayudante.

2. Introducción de la rama anterior segunda, que es la izquierda. La mano derecha, o mano guía, es introducida a la izquierda, en dirección del seno sacro-ilíaco izquierdo. La rama izquierda, sostenida por la mano izquierda, es deslizada sobre la mano derecha y se coloca simétricamente a la cuchara derecha por el movimiento de descenso y rotación, llamado vuelta de la espira.

3. Articulación. La cuchara izquierda que lleva el pivote, habiéndose introducido segunda, se encuentra por encima de la cuchara que lleva la muesca. La articulación así es imposible; es preciso proceder a la maniobra del descruzamiento, haciendo pasar la

rama izquierda por debajo de la rama derecha. Este movimiento se ejecutará con suavidad, para evitar desplazar las cucharas. Terminado el movimiento se articularán las cucharas.

4. Extracción. El fórceps es cogido por las manos a nivel de la articulación. La cabeza es descendida por las tracciones. Al mismo tiempo se le imprime un movimiento de rotación que conduce el occipucio hacia adelante. Fija la cabeza en occipito-púbica, se desarticula el fórceps, y se termina el parto por el desprendimiento manual.

Aplicación del fórceps en posición occipito-iliaca derecha posterior.

Fontanela menor hacia atrás y a la derecha. Sutura sagital confronta con el diámetro oblicuo izquierdo. Las cucharas son aplicadas en el diámetro oblicuo derecho. La rama posterior es la rama izquierda; la rama anterior es la rama derecha. El fórceps es introducido con la concavidad de las cucharas hacia adelante, es decir, vuelta del lado de la cara.

1. Introducción de la rama posterior primera, que es la izquierda. La mano derecha, o mano guía, es colocada a nivel del seno sacro-iliaco izquierdo. La rama izquierda, sostenida con la mano izquierda, conduce a la cuchara izquierda por detrás de la cabeza a nivel de la mejilla.

2. Introducción de la rama anterior segunda, que es la derecha. La mano izquierda, o mano guía, dirige la cuchara derecha hacia la sínfisis sacro-iliaca derecha y después al nivel de la eminencia frontal. La vuelta de espiral coloca la cuchara derecha sobre la región anterior de la cabeza, simétricamente a la cuchara izquierda.

3. Articulación. Se hace sin dificultad.

4. Extracción. Las manos colocadas en la articulación hacen descender la cabeza y al mismo tiempo le imprimirán un gran movimiento de rotación. Este amplio movimiento de rotación conducirá el occipucio de la posición derecha posterior, a la posición occipito transversa derecha, después a la posición derecha anterior y por último, dejará la cabeza en posición occipito-púbica. Al final de la rotación, el fórceps está completamente vuelto; la concavidad de las cucharas mira al sacro; la convexidad está del lado del púbis. En este momento el fórceps es desarticulado, sacado y se procede a una segunda aplicación en occipito-púbica.

Aplicación del fórceps en occipito-iliaca izquierda posterior.

Fontanela menor hacia atrás y a la izquierda. Sutura sagital confronta con el diámetro oblicuo derecho. Las cucharas son colocadas en las extremidades del diámetro oblicuo izquierdo. La cuchara posterior es la cuchara derecha; la cuchara anterior es la cuchara izquierda.

1. Introducción de la rama posterior primera, que es la rama derecha. La mano izquierda, o mano guía, dirige la mano derecha sostenida por la mano derecha por detrás de la cabeza a nivel del seno sacro-iliaco derecho. La cuchara es colocada a nivel de la mejilla.

2. Introducción de la rama anterior segunda, que es la rama izquierda. La mano derecha, mano guía, dirige la cuchara izquierda por detrás de la cabeza hacia el seno sacro-iliaco izquierdo. La vuelta en espiral permite a esta cuchara colocarse por delante de la cabeza simétricamente a la cuchara derecha.

3. Articulación. La rama izquierda, que se ha introducido segunda, se encuentra colocada encima de la rama derecha; la articulación es imposible; se procede al descruzamiento, y en seguida a la articulación de las ramas.

4. Extracción. Las tracciones hacen descender la cabeza. Al mismo tiempo se hará ejecutar al fórceps un movimiento de rotación, debiendo pasar el occipucio por las siguientes posiciones intermediarias: occipito-transversa izquierda; occipito izquierda anterior y, por último, occipito-pública. Estando la cabeza en occipito-pública el fórceps se encuentra mal orientado; es necesario desarticularlo y proceder a una segunda aplicación.

Aplicación del fórceps en las occípito-iliacas transversas.

Estas posiciones pueden ser izquierdas o derechas, según el lado en que se encuentra el occipucio.

En presencia de una posición occipito-transversa, y tomando por base la cabeza fetal, tres son las presas posibles:

- 1) Presa fronto-mastoidea o presa oblicua. Las cucharas son aplicadas según uno de los diámetros oblicuos de la pélvis. Es una presa asimétrica para el feto.
- 2) Presa fronto-occipital. Las cucharas quedan en correspondencia del diámetro transverso de la pélvis. También se trata de una presa asimétrica para la cabeza fetal.
- 3) Presa bi-parietal, simétrica. Las cucharas quedan aplicadas según el diámetro antero-posterior de la pélvis.

I.—Aplicación del fórceps en occipito-transversa izquierda, haciendo una presa fronto-mastoidea.

Las cucharas se aplicarán según el diámetro oblicuo izquierdo. La rama izquierda quedará hacia atrás, es posterior.

a) Introducción de la rama posterior primera, que es la izquierda. La mano guía será la derecha. La rama izquierda sostenida por la mano izquierda es introducida sobre la mano derecha y deberá quedar frente a la articulación sacro-ílica izquierda.

b) Introducción de la rama anterior segunda. La mano guía será la izquierda. La rama derecha sostenida por la mano derecha, se introducirá profundamente sobre la mano izquierda, y en seguida haciendo ejecutar a la cuchara un gran movimiento en espiral quedará a nivel de la región ilio-pectinea derecha.

c) Articulación.

d) Extracción. Pequeña tracción que tratará de flexar la cabeza. En seguida movimiento de rotación, haciendo pasar el occipucio por la posición occipito-ílica izquierda anterior antes de llegar a occipito-pubiana. Junto con el movimiento de rotación se harán tracciones que hagan descender la cabeza.

Aplicación del fórceps en occípito-transversa derecha, haciendo presa fronto-mastoidea.

Las cucharas quedarán aplicadas según el diámetro oblicuo derecho. La rama derecha quedará hacia atrás, es posterior.

a) Introducción de la rama posterior primera, que es la derecha. La mano guía será la izquierda. La rama derecha, sostenida por la mano derecha, es in-

trroducida sobre la mano izquierda y deberá quedar frente a la articulación sacro-íliaca derecha.

b) Introducción de la rama anterior segunda. La mano guía será la derecha. La rama izquierda, sostenida por la mano izquierda, se introducirá profundamente sobre la mano derecha y mediante la vuelta en espira quedará a nivel de la región ilio-pectínea izquierda.

3. Articulación. Habiéndose introducido primero la rama derecha, hay que proceder al descruzamiento de las ramas y en seguida a la articulación.

4. Extracción. Pequeña tracción, que tratará de flexar la cabeza fetal. En seguida movimiento de rotación, haciendo pasar el occipucio por la posición occípito-íliaca derecha, para dejar por último la cabeza en occípito-púbiana.

II.—Aplicación del fórceps en occípito-transversa, haciendo presa fronto-occipital.

Algunos tocólogos alemanes aconsejan la aplicación fronto-occipital en toda posición transversa alta o media. Una vez aplicado el fórceps, cuyas cucharas quedan situadas en correspondencia del diámetro transverso, hacen descender la cabeza transformando la posición alta o media en una transversa baja. Después hacen una segunda aplicación bi-parietal u obliqua para ejecutar con esta aplicación el movimiento de rotación de la cabeza.

La técnica operatoria es fácil. Las dos cucharas son aplicadas en correspondencia del diámetro transverso, más o menos profundamente, según la altura en que se encuentre la extremidad cefálica.

Se introducirá la rama izquierda primera. Mano-guía será la derecha, la que penetrará lo más profundamente en la región lateral izquierda de la excavación pelviana. En seguida el operador introducirá como mano guía al lado contrario la mano izquierda y sobre ella la rama derecha sostenida por la mano derecha. Encontrándose la cabeza fetal en posición occípito-transversa, una de las cucharas quedará aplicada a la región del occipucio y la otra en la frente fetal. Las tracciones se ejecutarán en el sentido del eje de la pélvis, y tratarán de hacer descender la cabeza fetal hasta que ésta quede cerca del estrecho inferior. Conseguido ésto se hace la segunda aplicación de fórceps, la que tratará de ejecutar la rotación de la cabeza fetal.

III.—Aplicación del fórceps en occípito-transversa, haciendo presa bi-parietal.

Las dos presas anteriores adolecen de un defecto: son presas asimétricas con respecto al feto. Siendo el fórceps un instrumento simétrico, debe ser aplicado en partes simétricas de la cabeza fetal. Esta presa simétrica es difícil de conseguir con los fórceps ordinarios, pues, la curvatura pelviana del fórceps, es una causa de dificultad para el movimiento espiral de Mme. Lachapelle, especialmente en las aplicaciones altas. Sin embargo, en algunos casos es posible hacer una buena presa con el fórceps de Tarnier, especialmente cuando se trata de una posición transversa baja o media.

Técnica operatoria.—Supongamos la cabeza fetal en occípito-transversa izquierda. El fórceps deberá quedar aplicado de tal manera que el borde cóncavo de las cucharas miren hacia el occipucio. En

esta posición la cuchara posterior es la izquierda; es ella la que se introducirá primero. Mano-guía será la mano derecha.

1. Introducción de la mano derecha y busca de la oreja posterior. El tocólogo introduce en la vagina y cuello uterino toda la mano, tratando de encontrar la oreja posterior del feto. Al mismo tiempo explorará y se dará cuenta de la situación exacta de la cabeza, su grado de flexión, etc. Esta misma mano tratará de bajar el occipucio y elevar la frente fetal,

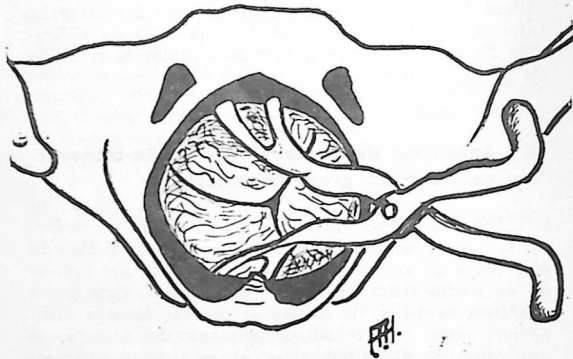


Fig. 28.

es decir, aumentará la flexión. Una vez corregida la actitud de la cabeza fetal, dejándola favorable para la aplicación del fórceps, la mano se desliza entre el parietal posterior y el sacro. La mano-guía deberá penetrar lo más profundo posible, sobrepasando en lo posible el estrecho superior, y quedará aplicada sobre la línea parieto-malar posterior.

2. Introducción y aplicación de la primera rama (Izquierda). La mano izquierda introduce lentamente la rama izquierda, siguiendo las reglas habituales, pasando al lado de la mano-guía, hasta quedar vecino a la oreja fetal en contacto con la apófisis malar. Para poder quedar a este nivel la cuchara posterior es necesario que el mango deprima intensamente la comisura vulvar posterior.

3. Introducción de la otra mano y aplicación de la segunda rama. Ayudado por la mano-guía, que ahora será la izquierda, se introduce la rama segunda anterior, rama derecha. La extremidad de la cuchara se colocará primero lo más posterior posible. Después se trata de bajar un poco el mango de esta rama, y al mismo tiempo con ayuda de los dedos de la mano-guía haremos avanzar la cuchara hacia adelante, (Vuelta de la espira. Wandern der Löffel), hasta quedar en la línea mediana.

Encontrándose la cabeza inclinada sobre el parietal posterior, la oreja posterior queda en un plano más bajo que la oreja anterior, y por consiguiente será necesario introducir la rama anterior más profundo que la posterior.

4. Articulación. Por medio de pequeñas tracciones, se colocará la articulación de la rama anterior a nivel de la articulación de la rama posterior. Ahora es fácil de proceder a la articulación de ambas ramas.

5. Extracción del feto. Antes de comenzar las tracciones, haremos un nuevo tacto vaginal y tracción de prueba, para cerciorarse de que la cabeza fetal está bien tomada. En seguida ejecutamos las tracciones, dejándose guiar por los mangos del fórceps, pues, el canal pelviano orientará el instrumento. Al principio los mangos se dirigirán lentamente hacia atrás hasta que el parietal anterior haya franqueado

el estrecho superior. Tracciones intermitentes, alternadas de tactos vaginales para poder apreciar la progresión de la cabeza fetal. Una vez franqueado el estrecho superior, y estando la cabeza en plena excavación, se comenzará a imprimir al fórceps un movimiento de rotación, haciendo pasar el occipucio por la posición occipito-iliaca anterior hasta dejar el occi-

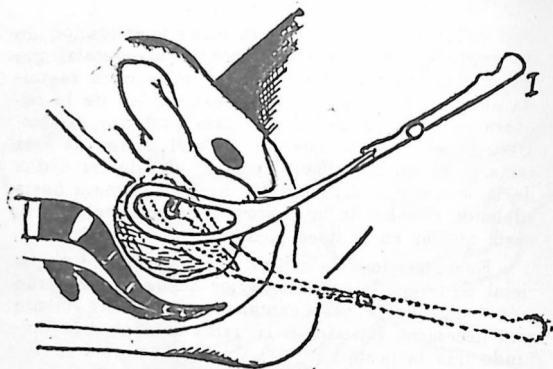


Fig. 29.

F.H.

puicio en occipito-pubiana. En los casos de pélvis plana, esta rotación no es posible de efectuar; la cabeza descenderá según el diámetro transverso. Transformamos una posición transversa alta en una posición transversa baja.

Aplicación del fórceps en presentación de cara y frente.

Bumm, Döderlein, Martius, admiten la posibilidad de aplicar el fórceps exclusivamente si se trata

de una posición mento-anterior. Scanzoni, v. Winckel y Gauss, están de acuerdo en que a un tocólogo experimentado le está permitido tentar una aplicación de fórceps en posición mento-posterior, tratar de efectuar la rotación, llevando el mentón hacia adelante, y practicar después una segunda aplicación, en mento-anterior. Winter aconseja probar de rotar con la mano el mentón hacia adelante, y en caso de no dar

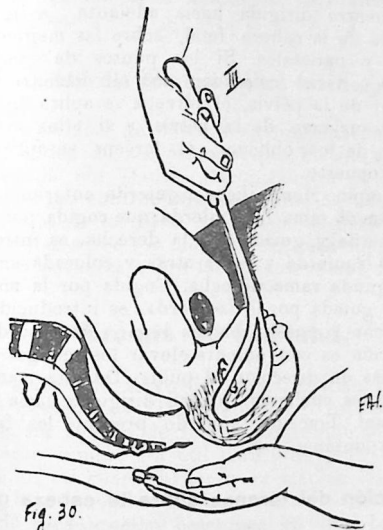


Fig. 30.

F.H.

resultado esta maniobra desistir de una aplicación de fórceps y seguir el consejo de Döderlein y Bumm, de ir inmediatamente hacia una perforación del cráneo.

Farabeuf y Varnier, recomiendan, en caso de una posición mento-posterior, deflectar al máximo la cabeza mediante una primera aplicación de fórceps, y una vez efectuada esta extensión forzada, hacer una segunda aplicación que permitirá, según ellos, sin dificultades muy grandes, rotar el mentón hacia adelante.

Técnica.—Las cucharas quedarán aplicadas de tal manera que la concavidad pelviana del fórceps se encuentre dirigida hacia adelante, aplicadas a los lados de la cabeza fetal, sobre las mejillas, temporales y parietales. Si los puntos de orientación (mentón o nariz) coinciden con el diámetro antero-posterior de la pelvis, el fórceps se aplica en el diámetro transverso de la pelvis, y si ellos coinciden con uno de los oblicuos, el fórceps se aplica en el oblicuo opuesto.

Ejemplo: Mento-iliaca izquierda anterior.

Primera rama la izquierda, que cogida por la mano izquierda y guiada por la derecha, es introducida hacia la izquierda y hacia atrás y colocada en su lugar. Segunda rama derecha. Cogida por la mano derecha y guiada por la izquierda, es introducida hacia la derecha y puesto en su lugar. Al proceder a la articulación es conveniente elevar los mangos de ambas ramas en dirección al púbis. De esta manera los picos de las cucharas quedan dirigidos hacia el occipucio fetal. Tracción teniendo presente las fases del parto espontáneo.

Aplicación del fórceps sobre la cabeza última.

Levantando el cuerpo del feto, en dirección al vientre materno, y siendo sostenido de las piernas por un ayudante, las cucharas se aplican por debajo del mismo y siempre en los extremos del diámetro

transverso. Primera cuchara, la izquierda. Mientras la cabeza última se encuentra por encima del estrecho superior el fórceps no es aplicable y deben utilizarse las maniobras manuales. Por el contrario puede utilizarse el fórceps con ventaja cuando sea necesario evitar las tracciones sobre el cuello para hacer pasar la cabeza a través de la vagina estrecha y del periné rígido. A consecuencia de tales tracciones excesivas, algunos niños sufren elongaciones, luxaciones de la columna, etc., lesiones mortales que se podrían evitar fácilmente mediante la aplicación del fórceps a la cabeza última.

Aplicación del fórceps sobre las nalgas.

La aplicación de fórceps en presentación de nalgas, modalidad de nalgas, encajadas, ha sido ensayada y aconsejada por Gauss. Encontrándose el diámetro bi-trocantero confrontado con uno de los diámetros oblicuos de la pelvis, las cucharas deberán quedar aplicadas sobre los trocánteros, quedando los picos de las cucharas sobre las crestas ilíacas fetales.

El fórceps de Kielland.

En el mes de Mayo de 1916, Christian Kielland, de Oslo, presentó a la Sociedad de Ginecología de Münnich, un modelo de fórceps concebido por él. El instrumento aunque era útil para todo género de aplicaciones en las cuales hallaran su empleo los fórceps clásicos, lo presentaba su autor como especialmente concebido para aquellas ocasiones en que la cabeza se encuentra todavía alta.

El fórceps de Kielland persigue una finalidad fundamental, aparte de las aplicaciones altas, y es la de lograr siempre una presa simétrica, parieto-malar. En

las posiciones transversas, que en el estrecho superior son habituales, la presa ideal se hace con suma dificultad, a causa de la curvatura pelviana de los fórceps usuales, (ésto vale también para el fórceps de Tarnier); por cuyo motivo, lo repetimos, la mayoría de los tocólogos opta por la presa oblicua frontomastoidea, y aún no pocos recurren a la presa frontooccipital, directa para la madre. Aún utilizando un fórceps recto, tampoco es fácil en el estrecho superior colocar correctamente la cuchara anterior, porque al intentar la maniobra de Mme. Lachapelle es rechazada la cabeza. Kielland trató de obviar estas dificultades reduciendo al mínimo la curvatura pelviana de su fórceps, e ideó para la colocación de la cuchara anterior un procedimiento original.

El fórceps recto de Kielland tiene un esbozo de curvatura perineal. La articulación se hace mediante un dispositivo especial, en forma de L acostada, que permite que las ramas se articulen, aún estando las cucharas a distinta altura o profundidad. Dicho dispositivo está implantado en el mango de la rama izquierda, y merced a él los mangos, que son planos, una vez articulados pueden resbalar o deslizarse el uno sobre el otro. La empuñadura lleva unos ganchos de tracción, sobre cada uno de los cuales existe una pequeña prominencia o botón, que sirve para indicar la dirección en que ha de girar cada rama del instrumento.

Técnica de aplicación.—La paciente es colocada en posición obstétrica en el borde de la cama o de la mesa. El operador hace, bajo anestesia, una exploración cuidadosa, que le informe exactamente acerca de la dirección de la sutura sagital, posición de las fontanelas. Se articula el fórceps, y se le sitúa delante de los genitales externos, en posición semejante a la que ha de tener una vez aplicado sobre los parietales del feto, los botones mirando hacia el occipucio fetal.

Esta maniobra previa sirve para deducir cuál de las cucharas ha de situarse por delante y cuál por detrás de la cabeza fetal, y por consiguiente, cuál ha de introducirse primera y cuál la segunda. Como perseguimos una presa correcta, parieto-malar, el fórceps debe quedar colocado de tal manera que el borde cóncavo de sus cucharas debe mirar hacia el occipucio fetal. Visto cuál cuchara ha de quedar anterior, ésta será siempre introducida primera. Kielland no considera de importancia dilucidar cuál de las dos manos ha de servir en cada momento para sostener el fórceps, y cuál ha de guiarlo. La mayoría de los operadores utilizan sistemáticamente la mano derecha para empuñar el mango, y la mano izquierda como guía interna.

Supongamos que se trata de una derecha transversa: la primera rama a introducir será, pues, la izquierda; no obstante, la sostendremos con la mano derecha y la guiaremos con la izquierda (aunque repetimos que ello no tiene importancia). Los dedos índice y medio de la mano izquierda son introducidos en los genitales y se sitúan por detrás del labio anterior del cuello uterino y por delante de la cabeza fetal; la mano derecha coge el mango de la rama anterior (aquí la izquierda), no como una pluma de escribir (como en el fórceps corriente), sino como se empuñaría una espada; la cuchara es introducida con la concavidad de su curvatura cefálica hacia arriba, mirando directamente hacia la sínfisis; y es empujada suavemente y deslizada bajo la protección de la manoguía, entre el labio anterior del cuello y la cabeza fetal. En este momento de la maniobra el operador baja el mango y dirige la concavidad cefálica de la cuchara, no directamente hacia arriba, sino hacia arriba y adelante, y así sigue empujando con toda precaución hasta que se ha alcanzado la profundidad necesaria, entonces el mango debe quedar en la pared vaginal posterior. El operador puede retirar ahora

la mano-guía, a fin de facilitar la maniobra siguiente. Habiendo quedado la concavidad cefálica de la cuchara vuelta hacia la sínfisis, es preciso colocarla ahora sobre la convexidad de la cabeza fetal. Esto se consigue haciendo girar la cuchara sobre su pedículo en dirección en que se encuentra el pequeño botón antes citado y que está emplazado sobre el gancho de tracción; o bien, en dirección en que se encuentra el borde cóncavo de la cuchara; cualquiera de las dos reglas de orientación sirve para el caso. Esta rotación será de 180° para la cuchara. Durante la rotación el mango es asido muy ligeramente. Efectuada la rotación completa la parte correspondiente al cierre o articulación queda firmemente apoyada en el periné. El mango de la rama anterior queda en la línea media y orientado hacia abajo. El operador no tiene necesidad de la mano de un ayudante para sostener el mango de la rama anterior. A veces, en las cabezas que permanecen altas, la cuchara después de ser rotada se inclina, se acuesta sobre su borde cóncavo hacia el lado del occipucio, como lo muestra el mango alejándose de la línea media. Una suave presión sobre dicho mango restablece fácilmente la buena implantación de la cuchara.

La segunda cuchara del fórceps debe ser introducida posteriormente. Los dedos índice y medio de la mano izquierda penetran en la vagina y se sitúan por delante del labio posterior del cuello. Esta rama del fórceps es sostenida, como la anterior, lo mismo que una espada, con la mano derecha e introducida posteriormente en los genitales. Los dedos internos guían la cuchara a su sitio. La cuchara posterior es empujada suavemente delante del borde posterior del cuello y delante del promontorio. A veces, especialmente en las pélvis estrechas puede ser difícil colocarla a tanta altura como la cuchara anterior, y Kielland afirma que la cuchara posterior es la única que puede hacer difícil la aplicación. Cuando no se con-

sigue deslizar la cuchara posterior con comodidad, el pico de dicha cuchara, según toda probabilidad, es prensado contra la pared posterior de la pélvis. Esto demuestra que el mango de la cuchara está orientado demasiado alto. O bien el pico de la cuchara es comprimido contra la cabeza fetal, indicando que el mango está demasiado bajo. Elevando o deprimiendo el mango de la rama posterior, el operador intenta hallar la exacta posición mediante la cual la cuchara deslizará hacia adentro. A causa del cierre deslizable las ramas pueden ser articuladas constantemente, aunque las cucharas no se hallen al mismo nivel. Con la primera tracción las cucharas del fórceps se ajustan por sí mismas y se nivelan (Fig. 31).

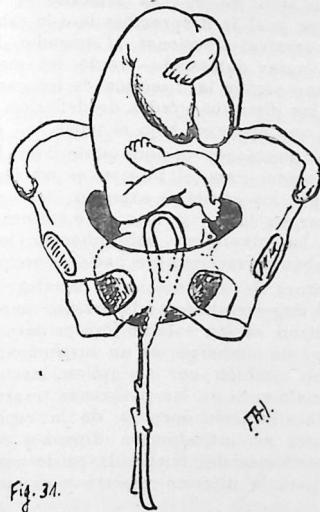


Fig. 31.

Cuando están articuladas las ramas, las cucharas se hallan en los extremos del diámetro ántero-posterior, y se aplican simétricamente sobre los parietales de la cabeza del feto. El operador tacta la sutura sagital y determina su dirección en medio de las cucharas, que le deben ser paralelas. La tracción se hace hacia abajo, en sentido inclinado, en la dirección que señalan los mangos. Cuando la cabeza descende en la excavación tiende a la rotación espontánea. El operador al traccionar dejará la cabeza en libertad para rotar y orientarse a su conveniencia. No obstante, hay casos en que la cabeza no rota espontáneamente. En semejantes casos, el operador rota artificialmente la cabeza y lo hará girando los mangos alrededor de su eje. Terminada la rotación que, describiendo un arco de 90°, ha colocado el occipucio bajo el púbis, y al ir desprendiéndose la cabeza, mediante las sucesivas tracciones, el operador debe procurar no levantar demasiado pronto los mangos del Kielland, sino seguir la dirección de los mangos del fórceps en los distintos grados de deflexión de la cabeza desde que aparezca bajo el púbis.

En las posiciones occipito-posteriores, lo mismo que en las transversas, el fórceps es emplazado previamente ante los genitales externos, tal como se le desea colocar en la pelvis; esto sirve además de orientación para las maniobras subsiguientes; los bordes cóncavos deben mirar siempre hacia el occipucio.

La lectura de los anteriores párrafos habrá podido quizás sugerir al lector la errónea impresión de que el Kielland es tan solo un fórceps para aplicaciones altas; y, sin embargo, es un instrumento universal, utilísimo también en las aplicaciones medias y bajas, especialmente en las posiciones transversas, en las cuales la aplicación correcta de la cuchara anterior, mediante su introducción directa y rotación in situ (características del Kielland), es de un valor inapreciable para la ulterior rotación y extracción de la

cabeza, que así pueden realizarse con menor esfuerzo y, por ende, con menor riesgo para la paciente y feto. Claro está que en las posiciones oblicuas, medias y bajas, la aplicación se hará por lo general de la manera clásica, con la sola diferencia que en las occipito-posteriores el fórceps se introducirá con el cierre dirigido hacia atrás, con el fin de poder realizar con una sola presa la rotación y extracción.

En las posiciones transversas, medias y bajas, habrá, sin embargo, casos en los cuales—por excepción—no será posible realizar la típica maniobra de Kielland (rotación de la cuchara anterior in situ), sea por extrema repleción de la pelvis por la cabeza, sea por falta de distensibilidad de las partes blandas, etc. En ocasiones tales, aconseja Kielland una maniobra de rotación y traslación de la cuchara anterior, por él empleada de un modo sistemático hasta 1908, y que no es la maniobra de Mme. Lachapelle, aunque se asemeja lo bastante. Es como sigue:

La paciente es acostada en el borde de la cama o mesa de operación, con los muslos en hiperflexión, y procurando que las piernas estén a su vez lo bastante altas para que no estorben las manipulaciones sucesivas. Supongamos que se trata de una derecha transversa; los dedos de la mano izquierda son introducidos tocando la sutura sagital, o mejor todavía, la fontanela anterior; el mango de la cuchara anterior (aquí la izquierda) es empuñado como una espada, con la concavidad de la curvadura cefálica dirigida algo hacia arriba; después la cuchara anterior es introducida a lo largo de los dedos de la mano izquierda hacia la sutura sagital, y se la hace deslizar apoyada por su borde inferior en los dedos-guías dirigiendo su pico hacia la pared lateral de la pelvis, mientras el mango es empujado hacia el muslo y simultáneamente deprimido en la misma dirección que los punteros de un reloj; entre tanto, los dedos-guías empujan la cuchara hacia arriba, detrás del púbis; la

rama está bien emplazada cuando su mango se inclina sobre el ano; la cuchara posterior es introducida del modo habitual, cuidando tan solo de que su mango pase por el lado del cierre de la cuchara anterior, a fin de evitar el descruzamiento. Supongamos ahora que se trate de una izquierda transversa; la cuchara anterior será la derecha, pero lo mismo que en el caso precedente, la mano-guía seguirá siendo la izquierda, y la mano de sostén, la derecha; la diferencia estribará en que el pico de la cuchara anterior (la derecha) será dirigido más hacia el bregma, y en que la cuchara, en su movimiento de circunducción alrededor de la cabeza, en vez de pasar por delante del occipucio pasará por delante de la cara; la rama posterior (la izquierda) se introducirá como de costumbre, cuidando tan sólo de que su cierre pueda abrazar desde luego el mango de la cuchara anterior, evitándose así el descruzamiento.

Evidentemente, y con arreglo a las normas clásicas, podría ser introducida primero la cuchara posterior; pero como la introducción de la anterior es más difícil, prefiere Kielland realizarla primero y sin obstáculos; por lo demás, reconoce Kielland que habrá caso en los cuales con su fórceps, y por el procedimiento recién descrito, no será posible la presa bi-parietal, y habrá que aceptar la presa diagonal u oblicua; ocurrirá entonces, en suma, sin ventaja alguna, como con otro fórceps cualquiera.

CAPITULO VII.

Pelvitomías.

Las operaciones destinadas a ampliar los diámetros de la pelvis reciben el nombre de pelvitomías.

Distinguimos, según el lugar en donde se proceda a la sección de la pelvis, a la *sinfisiotomía* o sección de la sínfisis del pubis y a la *isquio-pubiotomía* (porque secciona la rama ascendente del isquion y la rama horizontal del pubis), procedimiento conocido ahora con el nombre de *pubiotomía* u operación de Gigli.

Sinfisiotomía y Pubiotomía.

La idea de ampliar las dimensiones de la pelvis, mediante la sección de la sínfisis pubiana, es antigua, puesto que data de principios del siglo XVI, habiendo sido propuesta por primera vez, por Severinus Piaeus; pero no fué puesta en práctica hasta dos siglos después por Juan Renato Sigault, (1777). La primera operación fué coronada por el éxito, pues, se extrajo un niño vivo en una mujer cuyos cuatro partos anteriores habían sido distócicos, sin que fuese posible salvar ninguno de los fetos. Pero la sección del púbis, acogida entonces con entusiasmo, no correspondió a las esperanzas que había hecho concebir, y la gran mortalidad a que dió lugar tanto para la madre (36 %), como para el feto (62 %), la hizo caer

bien pronto en descrédito, hasta que fué completamente olvidada.

En 1866, Morisani, en Nápoles, volvió a ocuparse de la antigua sinfisiotomía; y mediante sus esfuerzos que duraron largos años, consiguió resucitar dicha operación.

A Gigli corresponde (1904) el mérito de haber propuesto nuevamente la práctica recomendada ya cien años antes por Galbiati, Stoltz, y otros, consistente en seccionar el púbis a uno de los lados de la sínfisis. A este objeto ha recomendado una sierra de cadena especial. La sección del púbis se designa con el nombre de pubiotomía o hebotomía. Los resultados de la pubiotomía fueron mucho más favorables que los de la sinfisiotomía; la mortalidad de la madre tan solo alcanza el 1-2%, y la curación de la herida ósea subcutánea es más rápida y fácil que en la sinfisiotomía.

El deseo de subsanar ciertos graves inconvenientes (diástasis exageradas de los cabos óseos; lesiones de los órganos vecinos, vejiga, uretra y clitoris; infección del campo operatorio), y hacer útil la sinfisiotomía, Franck de Colonia, y Zárate de Argentina después, perfeccionan o modifican de manera radical la técnica operatoria. Es el mérito del Prof. Zárate haber conseguido poner en práctica una operación antigua en condiciones muy superiores a aquellas en que se practicó primitivamente.

La indicación de la pubiotomía o sinfisiotomía surge cuando existe la imposibilidad de obtener un feto vivo por otra intervención, sea fórceps o versión, y ya ha pasado el momento oportuno de la cesárea abdominal por temor a una infección o ya existir ésta.

La dehiscencia que se produce al seccionar el anillo pélvico es de 4 a 6 cm. Esto significa que la conjugada vera aumentará más o menos 1-1½ cm. Este aumento de la conjugada vera nos indica que la es-

trechéz límite en la cual podemos aprovechar la pubiotomía es una pélvis plana con conjugada vera de 8 cm.

Contraindicación para ejecutar una pubiotomía es una pélvis generalmente estrecha y la pélvis osteomalálica.

En general, podemos decir que para el cumplimiento de la pubiotomía son necesarios los siguientes requisitos:

- 1.º La desproporción entre la cabeza y la pélvis no debe ser exagerada. Conjugada vera no inferior a 8 cm.
- 2.º Son necesarias contracciones uterinas válidas y regulares que tiendan a afianzar la posibilidad del parto espontáneo después de la sección ósea, y correlativamente el orificio uterino debe estar dilatado en su grado completo o casi completo.
- 3.º La mujer, por la misma razón, debe ser múltipara con las partes genitales blandas, para permitir en todo caso una rápida aplicación de fórceps sin producir desgarros.
- 4.º Seguridad de que el feto vive, puesto que con feto muerto la pubiotomía resulta una inútil temeridad.

A.—Pubiotomía:

Técnica (Según Bumm).—La parturienta después de bien afeitada y desinfectada es colocada en la posición de la talla. Con los dedos pulgar e índice se circunscribe bien el punto de la rama del púbis por donde ha de pasar la aguja y se hace la punción en el borde del gran labio exactamente por debajo del hueso, al mismo tiempo que se tira del pequeño la-

bio y del clitoris hacia la línea media y abajo. Por la depresión gradual del mango, la aguja va recorriendo toda la cara posterior del hueso hasta que conducida a nivel del borde superior del mismo entonces la piel es perforada deprimiendo el mango con mayor energía. El índice de la otra mano introducido en la vagina, comprueba la exacta progresión de la punta de la aguja, que siempre ha de recorrer plana y no de lado, la superficie posterior del hueso debiendo al mismo tiempo evitar que se dirija al centro hacia la sínfisis. Cuando la punta de la aguja es ya visible, se fija en el ojo de la misma la cabeza de la sierra de cadena. En aquel momento se tira de la aguja hacia atrás y de este modo la sierra se desliza por detrás del hueso saliendo por el punto de penetración de la aguja. Las extremidades de la sierra de cadena se ajustan entonces a sus dos mangos y en unas 5 a 10 tracciones queda seccionado el hueso. Antes de comenzar la sección, la sierra ha de estar colocada en el grado de tensión conveniente, procurando que no esté doblada en ningún punto, sino que forme un ángulo obtuso. En el momento en que el hueso está seccionado, se observa que cesa la resistencia y las extremidades óseas se separan entre sí, produciendo un sonido de crac sordo. Dos ayudantes deben sostener las piernas de la enferma para impedir una dehiscencia muy amplia y brusca. Entonces son comprimidas las dos aberturas producidas por la aguja, al mismo tiempo que con una tórula se ejerce una contrapresión desde la vagina; de este modo cesa inmediatamente toda hemorragia, tanto por la sección ósea como por las partes blandas. Si se descuida la compresión, pueden desarrollarse hematomas.

Quando el hueso está seccionado y el anillo pélvico abierto, se puede esperar la expulsión espontánea o extraer la cabeza con el fórceps.

Doerderlein, comienza la pubiotomía haciendo una

pequeña incisión cutánea por encima del hueso púbico, introduce un dedo para guiar mejor la aguja y proteger los órganos vecinos, en seguida pasa la aguja de pubiotomía entre el hueso y el dedo protector, haciéndola salir por el borde del labio mayor. Visible la aguja enlaza la cadena y la tracciona hacia arriba. Los siguientes tiempos son idénticos al método de Bumm (Fig. 32).

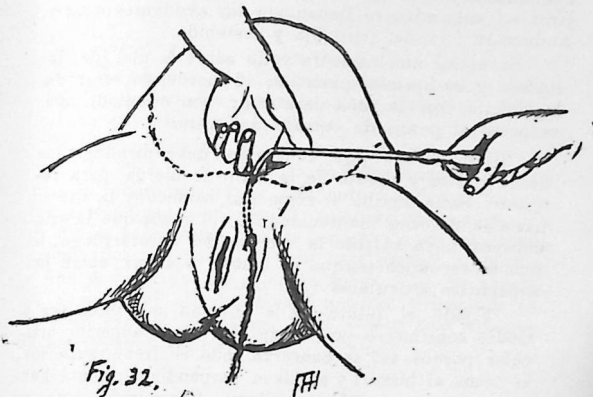


Fig. 32.

FH

El tratamiento post-operatorio consiste en evitar en lo posible la infección de la herida operatoria. Además es conveniente aplicar un cinturón pelviano que ayude en la coaptación de los fragmentos. Winter recomienda hacer levantarse a las enfermas al duodécimo día. Se dejará sonda a permanencia en la vejiga.

B.—Sinfisiotomía:

Técnica (Según Zárate).—Como instrumental solo se requiere un bisturí común con hoja cortante de 5 centímetros de largo, una aguja con una hebra de crin y un porta-aguja.

Convenientemente se coloca a la enferma de través en una cama de parto. Dos ayudantes o enfermeras toman ambas piernas flectándolas sobre los muslos y éstos sobre el abdomen. Los dos miembros así colocados se elevan por los ayudantes a una abducción forzada, pero fija y sostenida.

Se aplica una capa de yodo sobre la piel de la sínfisis y se fija con precisión el borde superior de la sínfisis con la uña para estar bien orientado con respecto al punto de entrada del bisturí.

Sondada la vejiga, el cirujano debe introducir los dedos índice y medio de la mano izquierda para rechazar hacia arriba el segmento cefálico y la uretra hacia la derecha manteniéndola allí hasta que la articulación haya sufrido la sección del fibrocartilago, lo que se reconoce por que el bisturí «juega» entre las superficies articulares.

Fijado el punto de la punción, que debe ser a medio centímetro por debajo del borde superior articular porque así se conserva todo el freno superior, se toma el bisturí y se clava perpendicularmente hasta penetrar en el fibrocartilago. Conseguido ésto se prosigue la sección hacia abajo tomando el bisturí una dirección oblicua. Manteniéndolo siempre en dirección oblicua se recorre todo el trayecto articular completando la sección del fibrocartilago y ligamento anterior sin preocuparse del ligamento posterior, y si la sínfisis no se empieza a entreabrir es porque parte del ligamento anular aún no ha sido seccionado; en este caso la punta del bisturí va penetrando y cortando poco a poco las fibras que resisten.

La articulación comienza entonces a entreabrirse, paulatina o bien totalmente, con un ligero crujido.

Obtenida una separación conveniente, de más o menos un través de dedo, se retira el bisturí. Se coloca sobre la herida un trozo de gasa y mediante el pulgar y los dedos vaginales se comprime la región operatoria con el fin de cohibir la escasa hemorragia.

En este momento una abducción mayor de los muslos proporciona una separación conveniente de más o menos dos traveses de dedos. Con esto se dá por terminada la operación. Si las contracciones uterinas no son eficientes, se inyecta una ampolla de hipofisina.

El polo fetal se encaja con cierta facilidad y el parto se termina rápidamente, con la particularidad que su mecanismo normal no se completa, pues la cabeza sale en posición oblicua.

La cantidad de sangre que la enferma pierde no pasa de 30 a 50 cc. Es conveniente mientras se encaja la cabeza, mantener, mediante los dedos vaginales y el pulgar izquierdo, la compresión con el fin de evitar se acumule sangre entre los cabos óseos seccionados. Un punto de crin para cerrar la herida y una o dos capas de colodión sobre ella. Se espera en seguida el alumbramiento natural y después se hace un examen minucioso para ver si hay lesiones de los órganos vecinos.



CAPITULO VIII.

Las embriotomías.

Se entiende con el nombre de embriotomía a la operación que secciona el feto o que reduce su volumen.

Las operaciones mutiladoras del feto pertenecen a las operaciones más remotas conocidas. En la antigüedad, no conociéndose casi las extracciones de fetos vivos, salvo en algunos casos de presentaciones de nalgas incompletas, modalidad de pié, siempre se recurría a una operación mutiladora para la extracción del feto cada vez que se presentaba una distocia.

Recomendaron procedimientos para la fetotomía en la antigüedad Hipócrates, Tertulianus, Aetius de Amida, Pablo de Egina, etc.

Entre los autores más modernos nombraremos a James Simpson (1836), autor del cranioclasto. Este instrumento fué mejorado por C. Braun. Inventor del cefalotriptor es Baudelocque (sobrino). El gancho romano, para las embriotomías raquídeas, fué dado a conocer por Braun en 1850. Blond, hace algunos años, dió a conocer un instrumento de decapitación notable por su sencillez, llamado dedal de decapitación.

Según la parte fetal a que afectan las embriotomías, pueden ser clasificadas como sigue:

1. Embriotomías que actúan sobre la cabeza, o embriotomías cefálicas;

2. Embriotomías que actúan sobre los hombros, o cleidotomía;
3. Embriotomías que actúan sobre el raquis o embriotomía raquídea;
4. Embriotomías que actúan sobre el abdómen (exenteración, evisceración); y
5. Embriotomías que actúan sobre el polo pelviano.

Embriotomías cefálicas.—Persiguen una triple finalidad, a saber:

- 1.º Perforar el cráneo, a fin de dar libre curso a la masa encefálica (Craniotomía);
- 2.º Hacer sólida presa en la cabeza, a fin de que los instrumentos utilizados no resbalen al cogerla (Cranioclasia);
- 3.º Reducir el volumen de dicha cabeza, sobre todo en sus mayores diámetros, a fin de que aquella atravesase con la máxima facilidad y sin lesionarlo, el conducto genital de la madre (Céfalocranioclasia, basiotripsia).

Indicaciones.—Todos los casos en que es necesario intervenir por estrechéz pelviana estando el feto muerto, en presentación cefálica, se debe proceder a la craniotomía. Si el feto está aún con vida, se pensará en una cesárea o en una pubiotomía.

Problema de relativa frecuencia con que se encuentra el tocólogo es el siguiente: Cabeza fetal todavía por encima del estrecho superior, en presentación de vértice y sin la menor tendencia a encajarse, después de muchas horas de trabajo con dilatación completa y de haber sido expulsado el líquido amniótico. Prescindamos de los casos en que esa falta de

encajamiento es debida a una estenosis pélvica, o bien a un excesivo volumen cefálico (Hidrocefalia) o a una mala orientación de la cabeza; en otros términos, supongamos que se trate de una pelvis normal y de una cabeza normal también, y normalmente presentada; si al mismo tiempo concurre la circunstancia de hallarse muerto el feto, el tocólogo no vacilará: **la craniotomía está indicada**. Es lo más probable que en este caso la mayoría de los médicos resuelven el problema recurriendo a la versión interna. Recordemos lo dicho en el capítulo sobre versión, que una de las contraindicaciones para ejecutar una versión es la presencia de un feto muerto. La versión es la más peligrosa de las maniobras de la Obstetricia clásica, a causa de los riesgos de ruptura uterina que entraña, y no debe nunca realizarse para extraer un feto que de antemano sabemos muerto en la cavidad uterina.

Respecto de las estrecheces pélvicas, la craniotomía simple estará solamente indicada cuando la relación pelvi-fetal es normal, es decir, cuando no hay necesidad de reducir el tamaño de la cabeza fetal. Basta la salida del encéfalo por la perforación para facilitar la extracción del cráneo fetal.

En una estrechez pelviana de primer grado, conjugada vera hasta 9 cm., algunas veces también basta la simple craniotomía.

En una estrechez pelviana de segundo o tercer grado será excepcional que la craniotomía sola nos conduzca al éxito, y tendremos que recurrir para alcanzarlo a las intervenciones que extraen el polo cefálico, reduciéndolo de volumen.

En una estrechez pelviana de cuarto grado, es decir, por debajo de 6 cm., está indicada siempre, aún con feto muerto o existiendo peligro de infección, la cesárea. (Indicación absoluta de la operación).

Una típica indicación de la craniotomía es la hi-

drocefalia. Cuando la cabeza se presenta primera, la simple perforación, acarreado la evacuación del líquido hidrocefálico, bastará muy frecuentemente para que la cabeza se encaje y salga; por lo cual, diversos tocólogos aconsejan esperar después de la punción el fin espontáneo del parto. La mayoría, sin embargo, prefiere llegar antes al final mediante la aplicación del cranioclasto. Cuando en la hidrocefalia la cabeza viene última, también la perforación dará, en general, excelentes resultados.

Indicación para la craneotomía puede presentarse al existir alguna dificultad en la extracción de la cabeza última en feto muerto. Unas veces se trata ya primitivamente de una presentación podálica. Otras veces esta presentación podálica subsigue a una versión. El tocólogo ha visto salir o ha extraído el cuerpo del feto; ahora viene a ayudar la salida de la cabeza. Pero, al intentar la maniobra de Mauriceau descubre que la cabeza no se ha encajado aún, sino que su circunferencia máxima se halla por encima del estrecho superior. La maniobra de Mauriceau, que como es sabido, regula las evoluciones de la cabeza última en el interior de la excavación, no es pues ahora utilizable, y hay que recurrir a otra maniobra bastante parecida: la de Champetier de Ribes (que los alemanes llaman de Martin-Wiegand-Winkel), y que tiene por objeto de encajar la cabeza última. Más, a pesar de los esfuerzos que haga el tocólogo, la maniobra no resulta, y le es imposible encajar la cabeza. Son estos momentos de inquietud para el tocólogo novel. En cambio, el tocólogo experimentado sabe que la simple retención de la cabeza última no acarrea ningún peligro, y que por lo tanto, puede proceder con calma y escoger serenamente el procedimiento más adecuado para terminar el parto. Cuando el feto, en las tentativas de encajar la cabeza ha sucumbido entonces lo indicado será la embriotomía y de sus diversas modalidades la simple craniotomía resolverá en la mayoría

de los casos la situación, siempre que se asegure por el orificio practicado una evacuación suficiente del contenido cerebral y la consiguiente reducción craneana. Cuando la simple craneotomía no sea eficaz habrá que recurrir a la craneoclasia o a la basiotripsia, intervenciones de mayor dificultad.

Hace bastantes años que Pinard sentó su afirmación de que "la embriotomía en feto vivo ha sido prescrita". Sin embargo, contando con todas las garantías de un buen ambiente de operatoria ticológica (Sala de operación, instrumental obstétrico adecuado, etc.) no faltan especialistas que reconocen la posibilidad de verse en la necesidad, en un momento dado, a embriotomizar un feto vivo. Esto vale más aún para el tocólogo que le toca asistir un parto distócico lejos de todo ambiente quirúrgico. Ejemplo típico de ello es la amenaza de ruptura uterina cuando se ha comprobado la absoluta imposibilidad de que el feto integro atraviese el anillo pelviano y las partes blandas, y cuando a la vez se carece de los elementos necesarios para una cesárea o una pelvitolmía.

En lo anteriormente expuesto, vimos que la craneotomía pura tiene una acción restringida. En la gran mayoría de los casos la perforación va seguida de la extracción. Mientras tan solo se trate de coger y de tirar, el craneoclasto, que es en determinadas ocasiones un buen prehensor y un buen tractor, rinde excelentes servicios. Cuando los obstáculos a vencer son de tal entidad que requieren la reducción cefálica, el craneoclasto no basta, y hay que recurrir a los instrumentos reductores o trituradores, tales como el basiotribo y el céfalocraneoclasto. En las estrecheces pelvianas acusadas (pelvis planas con una conjugada vera entre 6 y 8 cm., pelvis generalmente estrecha con una conjugada vera entre 6 y 8½ cm.), cuando se imponga la necesidad de practicar una embriotomía cefálica, no haremos ningún ensayo de craneoclasia (que siempre resultará infructuoso), sino que re-

curriremos desde luego a las operaciones trituradoras y reductoras, a la céfalo-cranioclasia o a la basiotripsia.

En fin, en la retención de la cabeza sola, en la cavidad uterina, después de la decapitación, la craneoclasia representará en infinidad de casos, la intervención decisiva, cuando antes la cabeza no hubiera sido expulsada merced a la expresión abdominal y a las tracciones sobre el maxilar inferior. Pero también aquí cabe la posibilidad de tener que recurrir a la basiotripsia en última y definitiva instancia.

Técnica de la craneotomía.—La paciente, anestesiada, debe ser colocada en posición obstétrica. Un ayudante debe fijar a través de la pared abdominal la cabeza fetal, a fin de que ésta no sea rechazada hacia arriba. El operador se cerciora del grado de dilatación del cuello uterino. Si su dilatación es insuficiente se procede a la dilatación manual a lo Bonnaire. Si existe rigidez del cuello uterino es necesario acudir a las incisiones múltiples para poder dilatarlo. Lograda la dilatación, el tocólogo cogerá el instrumento perforador (Tijeras de Blot o de Levret, Trépano de Martin), empuñándolo con una de sus manos, protegiendo la punta con la otra mano dispuesta en gotiera, lo conducirá hasta poner su punta en contacto con la superficie cefálica, la cual perforará mediante ligeros movimientos semi-rotatorios. Se conocerá que ha terminado la perforación, por la súbita cesación de toda resistencia y por la sensación de que el instrumento ha penetrado en una cavidad. La punta del instrumento debe aplicarse perpendicularmente sobre la cabeza fetal, y la mano vaginal, guía del tocólogo, cuidará de evitar resbalones y escapadas del perforador con posible lesión de las partes blandas maternas. La perforación se practicará en el punto cefálico más accesible, pero se procurará aprovechar, cuando se pueda, la menor resistencia que ofrecen las suturas y fontanelas, por su blandura

membranosa. Penetrado en el interior del cráneo el perforador, es necesario, si se utiliza una de las tijeras, separar las puntas de ésta, para agrandar el orificio. Además, se ejecutarán movimientos rotatorios. (Fig. 33).



Fig. 33.

F.H.

Una vez terminada la perforación, es la contracción uterina, ayudada por presiones exteriores, la que determinará la salida de la masa encefálica.

Es oportuno consignar aquí, que el tocólogo rural se verá obligado con más frecuencia que ningún otro, a practicar la embriotomía en feto que pudiera estar vivo. En tal caso, la punta del perforador se llevará hasta la base del cráneo, a fin de destruir en lo posible la médula oblongada para que el feto muera antes de salir al exterior. Además, se tendrá antes de la punción, preparado un gran recipiente lleno de agua, en el cual el feto, junto con el instrumento

aplicado, se sumergirá inmediatamente después de su salida de los genitales. También es adecuado que el tocólogo extienda un paño, de antemano preparado, sobre el feto sumergido, pues no se puede prever con completa seguridad que el niño no haga algún movimiento en el agua; y la más ligera manifestación de vida produce una impresión de horror en los espectadores.

Como norma general se procede a la craniotomía perforando el punto más accesible. Sin embargo, en los casos en que la craniotomía sea seguida de una cranioclasia o basiotripsia es conveniente proceder a la perforación cerca del macizo facial, que constituye el lugar de la más sólida presa. En estos casos, es el bregma o sus inmediaciones, el sitio ideal para la craniotomía. En las presentaciones de cara y frente, el sitio de elección será, como se comprende fácilmente, el punto frontal más próximo a la base del cráneo, a sea la raíz de la nariz. De resultar ello difícil o imposible, se perforará en una de las cavidades orbitarias.

Varios son los sitios que se han recomendado para la craniotomía en cabeza última. Un buen sitio de perforación es la región mastoidea situada detrás del púbis materno. Para perforar en esta región con la mayor comodidad posible, es necesario atraer fuertemente hacia abajo y hacia atrás el tronco del feto a fin de hacer más accesible la región antedicha. Otro buen sitio de perforación en cabeza última es la bóveda palatina. Para alcanzarla se tendrá la mandíbula inferior rechazada hacia abajo, para poder introducir el perforador por la abertura bucal, atacando así directamente la bóveda palatina. A veces el maxilar inferior constituye un notable estorbo para la buena introducción del perforador, por eso Carerras y Vital Aza prefieren llegar a la bóveda palatina atravesando primero el suelo de la boca, para lo cual se perfora primero la región suprahioidea. En los

casos en que la craniotomía se presenta dificultosa, A. Doederlein recomienda usar el procedimiento ideado por Cohnstein el año 1874. Este autor no acude a la perforación del occipucio, por los peligros que pueda haber para las partes maternas al resbalar el instrumento, sino que produce la evacuación de la masa cefálica a través del raquis fetal. Para esto ejecuta una incisión en la parte posterior del cuello, lo más cerca posible del occipucio. El escalpelo penetrará profundamente hasta abrir el conducto raquídeo. Una vez abierto el raquis, saldrá por este orificio la médula oblongada y a continuación el cerebro. La extracción de la cabeza puede ahora ejecutarse mediante la simple tracción sobre el cuerpo, o haciendo una aplicación de fórceps sobre cabeza última, o acudiendo al Céfalotriptor.

Técnica de la Cranioclasia.—El cranioclasto es una especie de pinza, una de cuyas ramas, macisa, está destinada a introducirse en el cráneo, en tanto que la otra, en forma de cuchara fenestrada, es aplicada en la superficie cefálica externa. Un tornillo de presión, completa la acción del instrumento y dá más solidez a la presa que él realiza (Cranioclasto de Braun).

El empleo del cranioclasto de Braun es sencillo. **La presa ideal será la presa facial**, y por lo tanto, reviste una importancia fundamental que el punto de perforación del cráneo se encuentre lo más cerca de la cara. A medida que este punto de perforación se aleje de la frente, disminuirán las probabilidades de lograr una presa facial, y se logrará una presa craneana, fácil a los desgarros y a las escapadas del instrumento. Sin embargo, procediendo cuidadosamente se podrá triunfar en una presa craneana, o en una presa occipital. Dice Bumm, «con la tracción, la cubierta craneana, al encontrar resistencia, se alargará

en forma cónica todo lo que es necesario para atravesar fácilmente el punto estrechado». El cranioclasto, en su presa típica o presa facial, lo mismo que en su presa occipital, es tan solo un firme prehensor. La reducción cefálica, los cambios de forma de la cabeza que la habilitan para adaptarse al trayecto que debe atravesar, los aplastamientos derivados de la expulsión del contenido del cráneo, todo ello no es sino consecuencia de las contrapresiones que las partes maternas, duras y blandas, ejercitan sobre el polo cefálico.

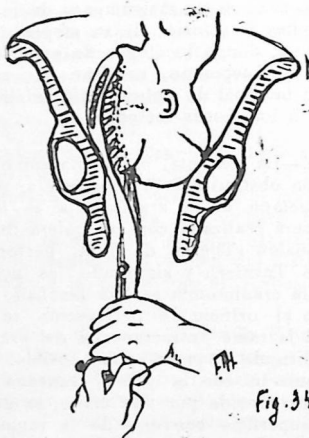
El cranioclasto es un instrumento de manejo tan fácil, que explica la difusión de su empleo, sobre todo en Alemania, donde tocólogos de experiencia, como Stoeckel y Liepmann, emplean la cranioclasia como método habitual de embriotomía cefálica y rara vez recurren a los demás métodos.

Técnica.—La paciente, preparada como antes de toda operación obstétrica será anestesiada.

Primer tiempo de la cranioclasia es la craniotomía. Esta será realizada con cualquiera de los perforadores usuales (Tijeras de Blot, perforador del basiotribo de Tarnier), y siguiendo las normas que al tratar de la craniotomía se han reseñado.

Obtenido el orificio de perforación, se hace penetrar por él la rama intracraneana del cranioclasto, la cual es dirigida lo más arriba posible. hasta ponerse en contacto con la pared craneana opuesta. Esta rama, introducida por una mano, es guiada por la otra. La superficie convexa de la rama intracraneana es orientada hacia donde debe ser aplicada la rama externa, fenestrada o extracraneana. Una vez introducida y bien orientada la rama intracraneana, es confiada a un ayudante, quién procurará mantenerla inmóvil. La rama externa o extracraneana es introducida a su vez a semejanza como se procede con el fórceps. Es sostenida con la mano derecha si

debe ingresar en la parte derecha de la pélvis materna, siendo entonces la mano izquierda la que guía la introducción y protege los genitales. Y vice-versa. Cuando la rama externa está en su sitio, se procede a la articulación, haciendo entrar el pivote de la rama intracraneana en la muesca de la rama extracraneana. Antes de fijar la presa, mediante del tornillo de presión, se explora vaginalmente que en la presa no haya sido incluida ninguna parte materna (Fig. 34).



La extracción se realizará cuidadosamente, con lentitud y absoluta tranquilidad, haciendo oídos sordos a las prisas que sugieran quienes ayuden a la operación o la presencien. (Carreras y Vital Aza), La tracción que el tocólogo practica es ayudada por la expresión abdominal, o sea por presiones realizadas,

a través de la pred abdominal, por un ayudante. La dirección de las tracciones se ha de ajustar a la forma del conducto del parto.

Basiotripsia.—Entendemos por basiotripsia el aplastamiento o trituración de la base del cráneo. Es el basiotribo de Tarnier el instrumento más perfecto y que se utiliza más hoy día. Está constituido por un lanzón perforador, y dos ramas fenestradas semejantes a las del fórceps, pero más largas, ligeramente más estrechas y de muy escasa curvadura cefálica y pélvica. Ambas ramas se articulan entre sí y con el perforador. Merced a una combinación de muescas y pivotes, se puede hacer que ámbos picos de las cucharas alcancen el mismo nivel, o bien que la cuchara derecha penetre más que la izquierda, o inversamente. Un doble juego de tornillos permite realizar y mantener con facilidad las presiones necesarias a la trituración cefálica.

Técnica.—La mano izquierda, totalmente introducida en la vagina, será la que localizará el punto de perforación y servirá de guía o protección al perforador, introducido y manejado por la mano derecha. Efectuada la perforación, el perforador es extraído, y entonces se le recubre con el capuchón metálico destinado a dar mayor solidez a la presa. El capuchón será orientado hacia el sitio que debe ocupar la primera cuchara. Puesto el capuchón, el perforador es reintroducido en el cráneo y empujado bien al fondo, hasta ponerse en contacto con la pared opuesta a la perforada.

Como en el fórceps, la cuchara derecha del basiotribo debe ser sostenida con la mano derecha, y colocada en el lado derecho de la pélvis; la manogua será entonces la izquierda. Viceversa, la cuchara izquierda, debe ser sostenida con la mano izquierda y colocada en el lado izquierdo de la pélvis; la manogua será entonces la derecha.

El tocólogo tratará de obtener una presa oblicua que es la más favorable para una buena presa del basiotribo.

Introducidos y articulados el perforador y una de las cucharas, su aproximación determina la primera trituración. Cuando es introducida la segunda cuchara, y articulada, su aproximación produce la segunda trituración (Fig. 35).



Fig. 35.

Completada la trituração, la cabeza queda convertida en una masa discoidea. Para encajar el disco

cefálico en el estrecho superior, las cucharas del basiotribo, que después de la trituração habían quedado a uno y otro extremo del diámetro transverso de dicho estrecho, han de rotar y colocarse a los extremos del conjugado verdadero; y para desprender el disco cefálico por la hendidura perineo vulvar, las cucharas del basiotribo han de rotar de nuevo y colocarse lateralmente, lo mismo que las cucharas del fórceps, en una posición occipito-pubiana u occipito-sacra. Las tracciones que se ejecutan para encajar el disco cefálico, para descenderlo en la excavación se dirigirán muy hacia abajo deprimiendo el periné. Luego, en la travesía de la parte blanda del conducto, las tracciones se hacen horizontalmente, y por último, se dirigen hacia arriba, cuando el disco cefálico atraviesa el anillo vulvar.

Embriotomías que actúan sobre los hombros, o cleidotomías.

En los casos en que la embriotomía cefálica ha vencido una desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis materna, pueden haber dificultades considerables para la extracción de los hombros. Existe una distocia de hombros. Surge entonces la indicación de suprimir la resistencia de los hombros, seccionando una o ambas clavículas. Para realizar la cleidotomía se atrae fuertemente hacia abajo la cabeza, y bajo el control y protección de la mano izquierda se lleva cerrada la tijera, (que habrá de ser puntiaguda), hasta la parte superior de la jaula torácica. Allí se hace penetrar su punta en las partes blandas, abriendo en ellas, por separación de los mangos, una brecha suficiente. Esta brecha garantiza, por sus bordes, contra el deslizamiento lateral cuando después se introduce por la misma la tijera, ya abierta, para seccionar la clavícula. En ciertos casos, además de la clavícula,

son seccionadas las costillas superiores, en lo cual como se comprenderá, no hay inconveniente alguno. Es, en cambio, equivocado, como hace notar Stoeckel, seccionar únicamente las costillas, dejando íntegra la clavícula. Todo ello requerirá una comprobación digital. Si el periné es alto y el feto voluminoso, aconseja Stoeckel, para evitar desgarros perineales, practicar también la cleidotomía posterior, para lo cual se atrae fuertemente hacia arriba, hacia la sínfisis, el cráneo fetal.

Embriotomías que actúan sobre el raquis o embriotomías raquídeas.

Las embriotomías raquídeas son operaciones adecuadas para vencer las distocias que plantean las presentaciones transversas, cuando estas presentaciones transversas no pueden tratarse mediante la versión.

Mientras que en las embriotomías cefálicas el obstáculo es con gran frecuencia de origen materno (estrechez pélvica, etc.) y, por lo tanto, esencialmente inmutable, cuando está indicada la embriotomía raquídea, el obstáculo deriva de una desfavorable presentación del feto en la cual la versión está contraindicada por ser peligrosa para la madre.

Indicada está la embriotomía raquídea en los casos de presentación transversa descuidada con feto muerto.

En presencia de una presentación transversa encajada con feto vivo, en el ambiente quirúrgico de una Clínica Obstétrica, la solución sería tratar de salvar a la madre y al feto, mediante una cesárea a lo Portes o Sellheim IV. Pero en otro ambiente menos propicio, la embriotomía raquídea en feto vivo tendrá aquí su justificación. Doloroso es sacrificar una vida, pero si se ha de elegir entre la vida materna y la del feto, está por encima de todo la vida de la madre que nos merece, como dice Carreras y Vital Aza, un fanático respeto.

«Es totalmente erróneo—dice Döderlein—que, como opinan algunos, se necesite una gran violencia para producirse una rotura uterina, y que de este modo puede evitarse fácilmente de antemano. Más bien hay que creer acerca de esto que, precisamente, en las presentaciones transversas ha podido prosperar ya tanto la preparación preliminar para la rotura, que solamente puede preservarse a la madre de este accidente mortal, mediante el abandono de todo ensayo de versión...».

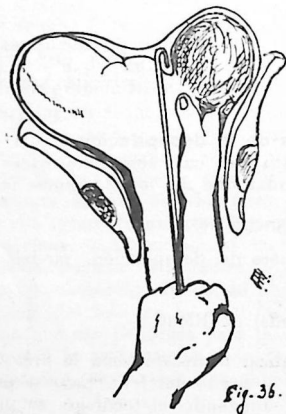
Es en el cuello del feto, en donde casi siempre se ataca el raquis, de ahí también, que a la embriotomía raquídea se la conoza con el nombre de decapitación.

Técnica de la decapitación.—Ella varía según el instrumento del cual se quiera hacer uso. Podemos recomendar uno de los siguientes instrumentos:

1. El Gancho de Braun.
2. La tijera de decapitación, modelo de Siebold o de Pinard.
3. El Dedal de Blond.

Para realizar la decapitación lo previo es sujetar sólidamente el cuello del feto. Esto se puede conseguir, ya sea, utilizando el tocólogo su propia mano, o traccionando fuertemente del brazo prociendente. En caso de no haber prociendencia de brazo, algunos tocólogos recomiendan bajar un brazo. Posiblemente, el médico práctico, piense que el brazo prociendente estreche el campo operatorio. Esto es un error. No existe mejor medio de tracción, para fijar el feto, hacer accesible el cuello, que el brazo prociendente. Los tiempos siguientes de la técnica de la decapitación difieren un poco según el instrumento del cual vamos hacer uso.

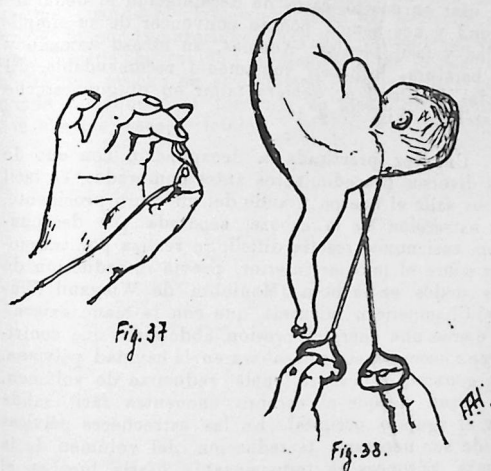
1. **Gancho de Braun.**—Prehensión del cuello con la mano izquierda, cuando la cabeza se halla en la fosa iliaca derecha, y con la mano derecha cuando la cabeza se halla en la fosa iliaca izquierda. Esta mano que rodea el cuello fetal defiende las partes blandas maternas y guía el gancho. El gancho se introduce por detrás de la sínfisis del pùbis y guiado por la mano interna se colocará sobre el cuello. El



gancho permanecerá siempre cubierto por la mano-guía. Mediante movimientos laterales de palanca se obtiene la luxación de la columna vertebral. Después, por movimientos giratorios del gancho alrededor de su eje, volviendo el botón siempre hacia la cabeza, se desgarran del todo los tejidos blandos (Fig. 36).

2. **Tijera de Siebold o de Pinard.**—Si el cuello es accesible, lo más sencillo es llegar hasta él con

unas tijeras fuertes y seccionarlo a pequeños cortes. La tijera es introducida de plano y cerrada hacia el sitio donde la mano-guía tiene cogido el cuello, entre el pulgar por un lado y el índice y el medio por el otro. Ya en contacto con la región cervical, son ampliamente seccionadas la piel y partes blandas subcutáneas. Por el ojal así abierto hay que atacar la columna vertebral, que debe ser identificada por los dedos de la mano-guía.



3. **Dedal de decapitación de Blond.**—Trátase de un dedal destinado a implantarse en el dedo pulgar del operador. En el ápice del dedal vá adherido un anillo, y en la base se inserta el alambre o hilo

de seda destinado a aserrar el cuello fetal. Este es abarcado por la mano provista del dedal, el cual es separado del pulgar por el dedo índice o medio de la misma mano (introducidos en el anillo de que antes se hizo mención), y arrastrado al exterior; con el mismo es arrastrado también el alambre o seda, provisto en sus extremos de unos tubos de goma destinados a proteger las partes blandas maternas. El final de la operación es un simple acto de aserrar y dura aproximadamente un minuto. Hemos tenido ocasión de usar en cuatro casos de decapitación el dedal de Blond y nos hemos podido convencer de su simplicidad y fácil técnica. Además, su escaso tamaño y su baratura, lo hacen sumamente recomendable. El dedal de Blond no debiera faltar en ningún estuche obstétrico (Fig. 37 y 38).

Una vez practicada la decapitación con uno de los diversos procedimientos antes nombrados, es fácil hacer salir el cuerpo tirando del miembro procedente. La extracción de la cabeza, separada por decapitación, casi nunca resulta difícil. Se realiza por tracciones sobre el maxilar inferior, previa introducción de dos dedos en la boca (Maniobra de Wiegand-Winkel-Champetier); mientras que con la mano externa se ejerce una enérgica presión abdominal que contribuye a hacer penetrar la cabeza en la cavidad pélvica. En general, la cabeza suele reducirse de volumen, en virtud de que el cerebro encuentra fácil salida por el agujero occipital. En las estrecheces pélvicas puede ser necesario la reducción del volumen de la cabeza. Entonces es indispensable fijarla bien en el estrecho superior, mediante las dos manos de un ayudante, que ejercen presión hacia abajo. Estando la cabeza así fijada no existe mayor dificultad para practicar una craniotomía o una cranioclasia.

Embriotomías que actúan sobre el abdomen (Exenteración, evisceración).

A la exenteración se ha de recurrir, afortunadamente, en circunstancias sumamente raras. Está indicada, cuando el vientre del feto presenta una dimensión tan desmesurada que impide su paso a través del anillo pélvico. Este aumento del abdomen puede ser debido a la ascitis, quistes renales, etc. Si se sospecha una ascitis fetal basta la simple punción. En cambio, cuando el excesivo volumen del abdomen es originado por tumuraciones, hay que proceder al vaciamiento de la cavidad abdominal, para lo cual se abrirá una brecha en el abdomen, con una tijera, por donde introducirá el tocólogo su mano, extrayendo con ella las vísceras fetales.

CAPITULO IX

Operación cesárea.

Historia.—La cesárea data de tiempos remotos. La mitología griega la menciona. El historiador Luciano cuenta que, habiendo sucumbido la diosa Semele a consecuencia de un accidente, Júpiter ordenó a Hermes practicar la incisión del abdómen de Semele, extrayendo un feto vivo, conocido con el nombre de Dionisio. También de Asclepios, dice la leyenda, que fué extraído del cuerpo muerto de Coronis.

Con certidumbre no se ha podido establecer si en los pueblos antiguos se ha efectuado la cesárea en el vivo. Es muy posible que los Egipcios la hayan conocido, dado sus conocimientos anatómicos, debido a los embalsamientos. Mansfeld, en un trabajo publicado el año 1824, asegura que la cesárea era conocida y usada por algunos tocólogos judíos hacia el año 140 de la era Cristiana.

Fué la Lex regia, de Numa Pompilio (715-673 a. C.), que obligaba emplear la operación cesárea en toda mujer embarazada que se encontraba en período agónico o que recién había fallecido. La palabra «cesárea» se debería, según Plinio, a que los primeros emperadores de la familia de los Julio, había llegado a la vida por parto cortante, pues Caesar o Caeso significa cortar. En el vivo, la operación cesárea fué empleada, según testimonios históricos, por primera

vez por los cirujanos franceses, entre ellos por Guillemau, en el siglo XVI. Los resultados fueron tan desastrosos que no se le siguió realizando.

En Alemania se efectuó por primera vez la cesárea el 21 de Abril de 1610 por Jeremías Trautmann, cirujano de Wittenberg. Vivió el niño, pero la madre falleció 25 días después de la operación. Según los médicos de aquellos tiempos, la causa de muerte no fué debida a las consecuencias tardías de la operación.

En el siglo XVIII fué Levret quién planteó para la operación cesárea una base científica admitiendo como indicación operatoria, las estrecheces de tercer y cuarto grado.

Hasta el siglo XIX se desistía de la sutura uterina por el peligro de infección y solamente en 1825, con el uso del alambre de plata por Frank E. Polin, la mortalidad de la cesárea fué disminuyendo. A pesar del hilo de plata, muchos tocólogos, entre ellos Zweifel, eran contrarios a la sutura uterina.

Necesitó la cesárea, como toda intervención quirúrgica, de tres hombres: Semmelweiss, (1818-1865) el preconizador de la asepsia; Lister (1827-1912) el padre de la antisepsia y Pasteur (1822-1896) el fundador de la asepsia, para que la mortalidad se redujera considerablemente. Los resultados aún deficientes, las alarmantes complicaciones, indujeron a Porro el año 1876 idear la operación que lleva su nombre.

La perfección de la sutura uterina por Kehrer y Säger en el año 1882, hizo que la cesárea iniciara su carrera triunfal.

El último factor de importancia para la cesárea y que contribuyó eficazmente, haciendo de la operación cesárea una intervención habitual, ha sido el que la histerotomía no se siguiera haciendo en el cuerpo o en el fondo del útero sino en el segmento inferior.

Indicaciones: Con la perfección de la asepsia y técnica quirúrgica las indicaciones de la cesárea se han extendido considerablemente. Esto no significa que para el tocólogo deberá imperar el criterio quirúrgico y que todo caso de distocia se deba resolver mediante una cesárea. Para efectuar una cesárea es necesario fundamentar, con toda exactitud, la indicación operatoria.

Las indicaciones para extraer un feto por cesárea abdominal podemos dividir las en cuatro grupos:

Primer Grupo: Distocias del canal pelvigénital.

- a) Distocias óseas, por alteración de la pelvis.
- b) Distocias de las partes blandas.

Segundo Grupo: Complicaciones graves que se pueden presentar en los últimos meses del embarazo o durante el parto.

- a) Obstétricas: Placenta previa, Eclampsia, Desprendimiento prematuro de la placenta. Amenaza de ruptura uterina.
- b) Quirúrgicas: Torsión intestinal, Quiste del ovario torcido, Mioma que no permite encajar la cabeza fetal, etc.

Tercer Grupo: Enfermedad grave de la madre que no le permite un trabajo de parto muy prolongado.

Cuarto Grupo: Cesárea por indicación fetal.

- a) Presentación podálica en una primigrávida de edad.

b) Prociencia del cordón umbilical en una primigrávida de tegidos resistentes y con un cuello que recién empieza a dilatarse.

c) Brevedad real o aparente del cordón umbilical siendo éste tan corto que no permite nacer al feto vivo.

d) Muerte reciente de la madre.

Primer Grupo: Distocias del canal pelvigénital.

a) **Pélvis estrecha.**—En estrecheces de primer y segundo grado, la indicación dependerá de la relación pelvico fetal. Es conveniente esperar la prueba del trabajo. En estrechez de tercer grado, generalmente está indicada, en una Maternidad, una cesárea, más aún, si se trata de una pelvis plana raquítica con conjugada vera de 7,5 cm., o de una pelvis generalmente estrecha con una conjugada vera de 8 cm., y el feto está vivo. Con feto muerto, se recurre a una embriotomía. En presencia de una estrechez de cuarto grado tenemos la **indicación absoluta** de la cesárea abdominal, es decir, se practicará la cesárea con niño vivo o muerto.

b) **Distocias de las partes blandas.**—Tumores uterinos (miomas, cáncer del cuello), quistes ováricos, tabicamiento o estenosis vaginales o del cuello uterino pueden indicar una cesárea.

Segundo Grupo: Complicaciones graves presentadas en los últimos meses del embarazo.

a) **Placenta previa.**—En aquellos casos en que la hemorragia surge en forma inquietante, cuando el cuello está todavía largo y cerrado o se presume, por su grosor, ser difícil de dilatar y el tacto permite reconocer una placenta previa central o fuertemente marginal, está indicada la intervención por vía alta.

b) **Eclampsia.**—Aceptado por la mayoría de los toxicólogos un veneno de origen ovular generador de los ataques convulsivos, el tratamiento causal de esta enfermedad consiste en suprimir el foco de donde parten las toxinas que van a la circulación general, por lo que se interrumpe el embarazo, sin tomar en consideración la edad de éste, pues prima la vida de la madre.

c) **Desprendimiento prematuro de la placenta.**—En los casos de esta naturaleza se dá preferencia a la sección uterina, siempre que no haya dilatación del cuello. Tiene, además, la cesárea la ventaja, en los casos en que sigue la hemorragia, debido a la inercia uterina, poder practicar inmediatamente una histerectomía.

d) **Amenaza de ruptura uterina.**—No cabe otro procedimiento que practicar rápidamente una cesárea. Con feto muerto puede pensarse en una embriotomía, siempre que la ejecución sea fácil y no aumente el peligro de ruptura uterina.

e) **Torción intestinal.**—Suelen presentarse obstrucciones intestinales graves que no ceden a los tratamientos médicos y en que para beneficiarse de los quirúrgicos hay necesidad de la interrupción del embarazo. Una laparatomía en casos de esta naturaleza permite hacer la histerotomía abdominal y una vez contraída la matriz es fácil dar su orientación a la asa intestinal torcida.

Tercer Grupo: Enfermedad grave de la madre que no le permite un trabajo de parto muy prolongado.—Existen enfermedades en que el trabajo del parto es más peligroso para la madre que una cesárea practicada rápidamente, usándose anestesia raquídea o aún anestesia local. Mencionaremos las siguientes enfermedades en las que puede estar indicada la cesárea: Enfermedades del corazón en el período de descompensación; Tuberculosis pulmonar; Basedow, Nefritis, Espondilitis, Desprendimiento de la Retina, Neumonía, Encefalitis, Tumores del cerebro, Epilepsia, Corea, etc.

Cuarto Grupo: Cesáreas por indicación fetal.

a) **Presentación podálica en una primigrávida de edad.**—En presencia de una primigrávida de edad, con falta de elasticidad de las partes blandas, y encontrándose el feto en presentación podálica está indicada la cesárea. Queda fundamentada esta indicación por la alta mortalidad que se observa como consecuencia de los partos de nalgas, en primigrávidas.

b) **Procidencia del cordón umbilical en una primigrávida de tegidos resistentes y cuyo cuello recién empieza a dilatarse.**—Hay autores que han extendido la indicación de la cesárea para el caso antes enumerado. También esta indicación queda fundamentada por la alta mortalidad fetal que acompaña a estos casos cuando fallan las maniobras indicadas para la reposición del cordón umbilical (Posición genupectoral, reposición del cordón mediante el aparato reductor del cordón de Schoeller o de Braun, etc.)

c) **Brevedad real o aparente del cordón umbilical siendo éste tan corto que no permite nacer vivo al feto.**—En realidad, es muy difícil diag-

noticiar la brevedad del cordón, pero podemos presumir la existencia de ella cuando, en presencia de una pelvis normal, feto de tamaño y presentación normal, la cabeza no se encaja y en cambio por momentos se alteran los latidos fetales (Síntoma de estrangulación del feto).

d) **Muerte reciente de la madre.**—Antes de proceder a la cesárea es preciso asegurar que existe la muerte «real» y en seguida, de que el feto está vivo; correspondiendo su desarrollo, por lo menos, al séptimo mes del embarazo. Siendo así se procederá—dentro de los diez minutos de la muerte— a la operación cesárea post-mortem, guardando en ella los mismos rigores de asepsia y de técnica que en circunstancias normales.

Clasificación de las cesáreas.

No es posible, dentro del margen de este trabajo, nombrar todos los métodos de cesáreas propuestos. Nombraremos y describiremos únicamente los más usados. Estos podemos agruparlos en:

- 1) La cesárea clásica intraperitoneal sobre la cara anterior y media del útero. (Cesárea corporal).
- 2) Las cesáreas abdominales bajas córvico-segmentarias:
 - a) extraperitoneales (Frank, Sellheim, Doederlein);
 - b) transperitoneales (Kronig, Hirts, Beck).
- 3) La operación de Porro.
- 4) La cesárea de Portes.
- 5) La cesárea de Sellheim IV.
- 6) Las cesáreas vaginales (Bumm, Dührssen).

1) La cesárea Clásica.

Abandonada por la mayoría de los tocólogos, solamente tiene interés, por la sencillez de su técnica, para el médico práctico sin escuela quirúrgica ginecológica.

Se comienza con una laparotomía media infraumbilical. Exteriorización del útero con el fin de poder proteger mejor la cavidad abdominal. La masa intestinal se rechaza y recubre inmediatamente con una gran compresa. Luego se cierra provisoriamente detrás del útero la herida abdominal con una pinza de garfios y se protege cuidadosamente todo el campo operatorio con grandes compresas, de modo que el contenido uterino no puede entrar en contacto ni con la herida abdominal ni con el peritoneo.

La abertura del útero se efectúa mediante una incisión longitudinal y media en su pared anterior, lo suficiente para poder extraer el feto y la placenta. En seguida algunos tocólogos desinfectan la cavidad uterina con tintura de yodo y la taponan con una compresa, que será retirada por vía vaginal cuando la operación esté terminada y que impedirá que la sangre de la cavidad vaya a repartirse sobre el campo operatorio.

De la historia de la cesárea se desprende que en los tiempos antiguos se concedía escasa importancia a la sutura uterina. El útero, o bien no se suturaba en absoluto o sólo muy defectuosamente, lo que explicaba la gran frecuencia de peritonitis que se observaba, ya inmediatamente, ya algunos días más tarde. La infección se producía durante la operación o después de algunos días, cuando el contenido séptico de la mal cerrada cavidad uterina se filtraba a través de la herida uterina y se vertía en el peritoneo.

A Süniger, de Leipzig y Kehrer de Heidelberg, les corresponde el mérito de haber insistido en la ne-

cesidad del perfeccionamiento de la sutura uterina, como único medio de evitar la peritonitis. Estos tocólogos, concedieron una gran importancia a la sutura de toda la capa muscular, con puntos bastante apretados y próximos, para que impidiesen la contaminación del peritoneo por el contenido loquial del útero. Como después de la extracción del feto se reduce el volumen del útero, sobresale la musculatura a nivel de la incisión y dificulta una buena coaptación de los bordes de la herida. Sännger, en consecuencia, recomendaba la resección de una estrecha tira de su musculatura en todo el largo de la herida, procedimiento abandonado hoy día. Además, aplicó los principios de la sutura intestinal al útero y practicó por encima de la sutura muscular de este órgano la sutura serosa, imitando a Lembert.

Hoy día, la mayoría de las clínicas han abandonado la cesárea corporal, pues, el coeficiente de mortalidad por peritonitis aumenta en la cesárea clásica, en proporción directa al número de horas que la paciente a estado de parto. Además, favorece, la ruptura uterina en los partos posteriores.

2) Las cesáreas cérvico-segmentarias.

a) Cesárea intra o transperitoneal.

Según Krönig y sus adeptos, la incisión baja del útero tiene las siguientes ventajas: primero, la incisión abdominal no necesita ser tan extensa como para la cesárea clásica; segundo, no se vé ni se toca el intestino; tercero, no se luxa el útero fuera de la cavidad abdominal, lo que evita el shock que produce la eventración del útero por el estiramiento de los vasos, cuarto, la incisión sobre el útero se practica en una región, en la cual la curación es más rápida y segura, porque los labios de la herida quedan

en reposo después de hecha la sutura; quinto, la herida queda en una región muy poco vascularizada; sexto, la peritonización de la herida es mucho más fácil y segura; séptimo, las paredes uterinas en esta región son más fáciles de suturar, debido a su delgadez; octavo, la situación de este punto es tal, que las adherencias al intestino, al epiplón y a la pared abdominal son casi imposibles; noveno, hay menos riesgo de ruptura de la cicatriz uterina en los partos subsiguientes y si se produce, queda en un sitio en que hay menos probabilidades de complicaciones graves; décimo, si se produce una infección de la herida uterina queda bloqueada con seguridad fuera del peritoneo y el drenaje es natural por el cuello.

Técnica.--Colocada la paciente en posición de Trendelenburg, se practica una incisión abdominal vertical en la línea blanca, o si se tiene destreza quirúrgica, la incisión suprasinfisiaria transversa de Pfannenstiel. Se incide el peritoneo visceral transversalmente a nivel o mejor un poco por encima del repliegue vé-sico-uterino; se separa la vejiga del segmento inferior del útero y se mantiene aplicada a la sínfisis pública mediante un separador. Luego se desprende el peritoneo del segmento inferior en extensión suficiente para la incisión longitudinal del segmento y del cuello, por la cual se va a extraer el feto. Al incidir el peritoneo útero-vesical, se administra a la enferma por vía hipodérmica una dosis de hipofisina. El operador introduce los dos primeros dedos de la mano izquierda a través de la herida uterina y coloca el índice en la boca fetal y rota la cara hacia la herida. Se aplica un fórceps corto a la cabeza del niño, la que se extrae a través de la herida. Traccionando suavemente la cabeza del niño se extrae el cuerpo. Si la presentación es de nalgas, se hace presa de un pié y se procede a la extracción podálica.

rápida. Extraído el niño se corta el cordón entre dos pinzas, y se entrega el niño a un ayudante. En seguida se procede a la extracción de la placenta y membranas. Es conveniente pasar una gasa o compresa para ver si han quedado trozos de membranas, además, si se produjera una hemorragia, puede dejarse por un momento una compresa en la cavidad

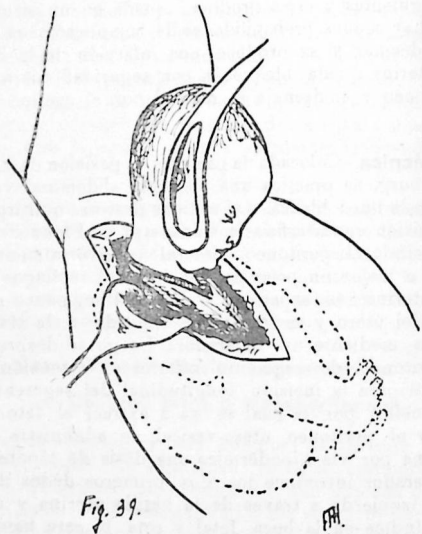


Fig. 39.

uterina, la que se sacará antes de cerrar por completo la herida uterina o bien haciendo posteriormente la extracción por vía vaginal, siempre que el orificio

uterino se encuentre lo suficientemente dilatado. Vaciado el útero se comienza la sutura de la incisión uterina con una sutura continua de catgut, sutura que, a la vez de unir los labios de la incisión uterina, produce la hemostasia. En seguida se asegura esta sutura con una serie de puntos separados. A continuación se sutura transversalmente el peritoneo vé-sico-uterino con una sutura de catgut continua. Se saca con compresas la sangre y los coágulos hasta que la superficie del segmento inferior quede completamente seca. El abdomen se cierra por planos.

b) Cesárea Extraperitoneal.

Ideada por Frank y Sellheim fué posteriormente modificada por Doerderlein, Latzco y Küstner. El objeto de este procedimiento era el de abordar el útero por vía extraperitoneal. Sellheim realizó la intervención disecando completamente el peritoneo vesical y abriendo el útero en su porción inferior, sin penetrar a la la cavidad abdominal. En realidad, las cesáreas extraperitoneales son difíciles de ejecutar, y dado que el peritoneo es una hoja muy tenue, que se desgarrar fácilmente, la mayoría de las cesáreas extraperitoneales terminan siendo intraperitoneales.

3) Operación de Porro.

Laparatomía media. Exteriorización del útero. Protección con compresas de la cavidad abdominal. Histerotomía fúndica anterior. Extracción del niño. No se procederá a la extracción de la placenta. La herida uterina se cierra con grandes pinzas de Mousseux. Histerectomía supravaginal conservando en lo posible los anexos. Se deberá tener especial cuidado en la ligadura de los vasos sanguíneos útero-ováricos y de ambas arterias uterinas. Peritonización del muñon del cuello. Cierre de la cavidad abdominal por

planos, dejando un drenaje a través del cuello uterino o suprasinfisiario en los casos con infección amniótica.

El horror a la mutilación, los trastornos de la función endocrina que siguen a la mutilación ginecológica, han sido la causa de que diversos ginecólogos hayan ideado procedimientos que, además de salvar a la madre y al niño, conservan la función generatriz de los órganos de la mujer. Estos métodos los podemos clasificar en intra o extra-abdominales, ateniéndonos al hecho de que la involución uterina se va a efectuar dentro de la cavidad abdominal o fuera de ella.

De los métodos aconsejados voy a referirme a dos de ellos, al Método de Portes y al Método de Sellheim IV, pues son los que he utilizado en los casos de tener que proceder a una cesárea con útero infectado.

Fué Gottschalck quien propuso en el año 1910 a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Berlín, la cesárea con exteriorización del útero e involución puerperal extra-abdominal. En realidad no consta de que haya llevado a la práctica su idea. En cambio, en Diciembre de 1923, practicó Portes por primera vez la cesárea, seguida de exteriorización del útero mientras dure la involución, en un caso de infección amniótica. Este ensayo, que fué afortunado, lo comunicó su autor, en Marzo de 1924, a la Sociedad de Obstetricia de París (*La cesarienne suivie d'exteriorisation temporaire de l'uterus*).

4) Operación de Portes.

Los tiempos del Método de Portes en su primera parte son los siguientes:

1. Incisión abdominal como en la cesárea clásica.

2. Exteriorización del útero.

3. Sutura de la pared abdominal en un solo plano, con seda, estrechando lo más que se pueda el útero sin que se dificulte la circulación útero-ovárica.

4. Colocación de la enferma en posición baja de la pelvis y fuerte basculamiento del útero hacia adelante.

5. Incisión de la cara anterior del útero.

6. Extracción del feto y de la placenta.

7. Cambio de guantes y de las grandes compresas, que en el campo operatorio han quedado mojadas por los líquidos uterinos.

8. Cierre de la pared uterina en dos o tres planos.

9. Suturado el útero, se comprueba si la pared abdominal ha quedado bien cerrada junto al segmento inferior y de no ser así, se coloca un último punto abdominal.

10. Limpieza del campo y envoltura del útero y anexos en compresas empapadas en aceite gomenolado al 20 % ó vaselina líquida esterilizada.

Durante la segunda parte se procede a la reintroducción del útero en la cavidad abdominal. Esta operación se ejecuta una vez terminada la involución uterina. Se procede comenzando a incidir la cicatriz por su parte superior llegando a incidir el peritoneo. En seguida se procede a liberar el útero de las adherencias que se han formado mediante la introducción de un dedo entre el peritoneo y útero. Una vez libre el útero, éste se introducido y dejado en la cavidad abdominal. Drenaje optativo. Sutura de la pared abdominal en tres planos.

5) Método de Sellheim IV o Fístula Utero-Parietal.

La técnica es la siguiente:

1. Incisión longitudinal, a partir de la sínfisis, de la pared abdominal.

3. Incisión longitudinal y media del peritoneo uterino y despegamiento lateral de los labios de la incisión peritoneal. En caso de necesidad no limitar la incisión al segmento inferior, sino prolongarla hacia el cuerpo uterino. Como el peritoneo corporal no es fácilmente despegable, se le disea acompañado de una delgada capa muscular. Despegamiento de la vejiga.

4. Sutura serosa, reuniendo los labios del peritoneo visceral a los del parietal ya fijado a la herida abdominal.

5. Incisión media y longitudinal del útero, dando preferencia al segmento inferior. Esta incisión deberá hacerse con grandes precauciones, cogiendo con pinzas los labios del útero, eversionándolas, y haciendo uso de abundantes compresas, para evitar la contaminación del campo operatorio por los líquidos sépticos procedentes del útero.

6. Extracción del feto, placenta y membranas. Taponamiento intrauterino.

7. La herida uterina se cierra en dos planos dejando unos 5 cm. abiertos en la parte inferior del segmento para el drenaje de gasa yodoformada. Cierre de la pared abdominal por planos sin desprender el peritoneo parieto-visceral, dejando cerca de la sínfisis el espacio suficiente para que el útero pueda drenar con facilidad.

Elección del método operatorio.—Fundamentada la indicación para resolver una distocia por una cesárea, queda por resolver a cual de los métodos descritos con anterioridad se ha de dar preferencia.

Para la elección del método distinguiremos si, con respecto al factor infección, se trata de un caso puro, impuro o sospechoso, o séptico.

Actualmente, se está de acuerdo para designar con el nombre de caso puro a aquel en que debiendo la grávida ser sometida a una operación cesárea, concurren los siguientes factores: la enferma presenta un estado general bueno, estado local perfecto (membranas ovulares intactas, no hay secreción vaginal patológica), no hay contracciones uterinas o éstas recién han empezado. Así como por caso impuro hemos de considerar a la mujer en trabajo de parto prolongado, membranas rotas, tactos vaginales repetidos de asepsia dudosa, tentativa de maniobra obstétrica, sospecha de infección. Hemos de considerar como caso séptico a toda mujer en trabajo de parto demasiado prolongado, membranas rotas desde hace muchas horas, tactos vaginales o maniobras obstétricas de asepsia dudosa, fiebre, escalofríos, taquicardia, líquido amniótico infectado, infecciones locales (Chanros, condilomas, bartolinitis, etc.)

Bar, en 1919 dijo: «A la cesárea le corresponde un dominio bien preciso, solamente deberán ser operados los casos puros en los cuales los riesgos de infección parecen nulos. Estamos obligados a decir «parecen nulos», porque nunca uno podrá saber que gérmenes existen en las vías genitales.

Si nos atuviéramos estrictamente a lo dicho por Bar no estaríamos autorizados para intentar la prueba del trabajo. Y sin embargo hay casos en que estamos obligados ensayar la prueba de trabajo. Para las cesáreas iterativas nosotros someteremos, en los casos de pélvis límite, a la parturienta a una nue-

va prueba de trabajo. En ciertos casos se tiene la sorpresa de ver pasar al feto por las vías naturales en donde la primera vez fué imposible. Los factores pueden haber cambiado, la cabeza fetal ser más pequeña, más maleable, haberse mejor adaptado al estrecho superior. Sabiendo vigilar bien una enferma el peligro de una ruptura uterina es más bien raro.

Para valorizar los diferentes factores debidamente en los casos sospechosos tiene importancia la temperatura. Recordemos que la temperatura puede ser debida al trabajo del parto, pero si la temperatura va acompañada de pulso frecuente, líquido amniótico de mal olor, debemos pensar en una infección amniótica por penetración de gérmenes. El grado de dilatación del cuello uterino es de una importancia menor siempre que no se hayan hecho tactos vaginales repetidos. En cambio, tiene gran importancia el que las membranas se encuentren intactas o ya estén rotas, y el tiempo transcurrido después de la ruptura.

Se está de acuerdo en que el peligro de una infección peritoneal se produce en el momento de la intervención por pasaje de los líquidos sépticos (aislamiento deficiente) o bien tiene lugar durante el postpartum (suturas mal hechas, propagación de una endometritis por vía linfática).

En los casos puros, se acepta, hoy día, como método operatorio de elección la cesárea baja cervico-segmentaria.

Con respecto a la cesárea clásica corporal podemos repetir que éste método ha sido abandonado. Solamente tiene interés para el médico práctico sin escuela quirúrgica.

W. Stoeckel recomienda la cesárea corporal al existir una dificultad técnica para ejecutar la cesárea segmentaria (Mioma del segmento inferior, tumor ovárico que impide llegar al segmento inferior, carcinoma del cuello uterino).

Para los casos impuros o sospechosos distinguimos:

1er. grado.—La infección es posible. Membranas rotas. No hay temperatura. Mujer varias horas de trabajo. Han habido tactos vaginales, pero cumpliendo con las reglas de la asepsia. Como método operatorio está indicado la cesárea cervico-segmentaria. Buena peritonización.

2.º grado.—Infección no declarada, pero probable. Membranas rotas desde hace algunas horas. Tactos vaginales repetidos, no controlados con respecto a su asepsia. Se recomienda la cesárea cervico-segmentaria con drenaje peritoneal (Una vez suturado el peritoneo véscico-uterino se dejarán dos gruesos tubos de goma, uno a cada lado del segmento inferior).

Para los casos sépticos distinguimos:

1er. grado.—La infección se ha declarado, pero ella se presenta con caracteres benignos, es decir, hay temperatura, pulso acelerado, pérdidas de mal olor, estado general satisfactorio. Se hará uso de uno de los métodos de cesárea extraperitoneal (Sellheim IV o Portes). Con respecto a cual de los métodos debe darse preferencia, podemos decir que preferimos el método de Sellheim IV al método de Portes por sus ventajas, como ser: no exponer a la madre a una segunda intervención, restablecimiento más rápido de la enferma, y ser menos frecuentes las secuelas postoperatorias (Hernias, adherencias).

Resumiendo podemos aconsejar hacer uso de la cesárea de Sellheim IV o la cesárea de Portes en los siguientes casos:

1.º—Cuando la cesárea conservatriz ha perdido su hora de aplicación, p. ej.: útero infectado con feto

vivo y siendo las condiciones clínicas no favorables para una pubiotomía.

2.º—En presentaciones de hombro encajada con feto vivo.

3.º—Con feto muerto se las puede practicar:

a) Cuando la extracción por vía baja es imposible;

b) Cuando las maniobras por vía baja pueden provocar una ruptura uterina.

2.º grado.—La infección se ha declarado, y se presenta con caracteres graves (Pulso rápido, temperatura elevada, lengua seca, escalofríos, líquido de muy mal olor, estado general deficiente). En este caso solamente estará indicada la operación de Porro.

La esterilización en la operación cesárea.

En los casos en que existe una indicación para proceder a una esterilización después de terminada la cesárea, podemos elegir entre la ligadura de las trompas o la resección de ellas.

Siendo más rápido, preferimos y aconsejamos la ligadura de las trompas según el método de Madlener.

Técnica.—Terminada la cesárea abdominal, no exteriorizamos el útero con el objeto de hacer la esterilización tubaria, sino que procedemos a la laterovisión derecha del útero para hacer accesible el punto de implantación de la trompa izquierda. Hecha visible la trompa, la tomamos en su parte media con una pinza Kocher. El ayudante eleva la pinza

que toma la trompa consiguiendo de esta manera formar un codo en la trompa. Con otra pinza tomamos el codo para hacer una enérgica presión sobre él. La ranura que queda en ambas partes de la trompa la ligamos en conjunto con un hilo de seda o de lino. En seguida se repite la operación a la inversa en el lado correspondiente a la otra trompa.



CAPITULO X.

Desprendimiento manual de la placenta.

- Indicaciones:** 1) Retardo del despegamiento placentario.
- 2) Hemorragia por despegamiento parcial.

Técnica.—Desinfección rigurosa de nuestras manos. Desinfección de los genitales externos, para evitar, en lo posible, el arrastre de gérmenes hasta la cavidad del útero. Introducción de la mano derecha, que tomará forma de cono, en la cavidad uterina. La otra mano fijará el útero, evitando su ascensión, a través de las paredes abdominales. La mano que hemos introducido en el útero procederá a buscar el borde placentario, lo cual no siempre es fácil cuando la placenta está totalmente adherida. Cuando está desprendida parcialmente suele ser el borde inferior el desprendido. Una vez que estamos en el plano de despegamiento se continúa el desprendimiento, haciendo actuar el borde cubital de la mano. Una vez desprendida la placenta, la extracción se hace simplemente, agarrándola con toda la mano y haciendo tracciones sobre ella. Para la extracción de la placenta desprendida, puede acudirse también a la maniobra de Credé (Expresión del útero con una mano

puesta sobre el fondo uterino, quedando el pulgar sobre la cara anterior y los otros dedos sobre la cara posterior).

La falta de técnica más importante es trabajar en un plano de despegamiento falso. Si es demasiado superficial, dejaremos restos de placenta en el útero, con peligro de hemorragias y más tarde de infección; si, por el contrario, profundizamos demasiado podemos producir heridas o roturas de las paredes uterinas.

Accidentes.—El mayor peligro del desprendimiento manual reside en la infección. Los demás peligros, como ser: ruptura del útero, inversión del útero, embolia de la arteria pulmonar son excepcionales.

CAPITULO XI.

Raspaje uterino en el aborto.

La enferma se prepara tomando las precauciones siguientes: lavado y desinfección de la vulva, lavado vaginal, cateterismo vesical. Tratándose de una mujer valiente, puede prescindirse de la anestesia, siempre que el cuello esté dilatado.

Técnica.—Antes de hacer el raspaje se debe hacer un tacto vaginal, mediante el cual nos daremos cuenta del tamaño, posición y forma del útero.

1) Introducción de las valvas separadoras o de un espéculo bivalvo de Trelat en la vagina para poner a descubierto el cuello uterino;

2) Introducción del histerómetro para medir la longitud de la cavidad uterina;

3) El cuello uterino se toma con una pinza de Museux, que se enganchará en el labio anterior. Si el cuello está cerrado o la dilatación es insuficiente, se recurrirá a los dilatadores de Hegar. En el caso de haber retención de grandes trozos de placenta es conveniente desprenderlos mediante el legrado digital y extraerlos con una pinza especial roma (Pinza de Winter) o por medio de la expresión abdomino-vaginal bimanual.

4) Raspado de la cavidad uterina. Se usará una cucharilla roma de tamaño y longitud proporcionada a la edad del embarazo. La introducción de la cucharilla se efectuará teniendo presente la flexión (ante o retro) del útero. No tomándose esta precaución existe la posibilidad de perforar el útero. Se raspará cuidadosamente la cara anterior y bordes del útero comenzando en el fondo. Para raspar la cara posterior se introducirá la cucharilla hasta el fondo y en seguida se la hará rotar de tal manera que la parte cóncava de la cucharilla mire hacia la cara posterior. Una vez vaciado el útero se pasará una pinza cuya punta se ha envuelto en gaza. Esta gaza puede estar impregnada con tintura de yodo. Terminado el raspaje se le dará a la enferma ergotina a tomar, o se le aplicará una inyección de ergotina. No somos partidarios de la irrigación intra-uterina. Solamente, la podemos recomendar en el caso de una hemorragia post-raspado.

Accidentes:

a) **Hemorragia.**—Algunas veces la hemorragia durante el raspaje es considerable. El mejor medio de hacerla cesar es vaciar rápidamente el útero. Nunca el tocólogo deberá dejar restos ovulares por cohibir la hemorragia. En el caso de persistir la hemorragia una vez vaciado el útero, se puede recurrir al lavado caliente intrauterino con agua yodada. Al mismo tiempo se le inyectarán a la enferma ocitocicos (Ergotina, Tenosina, Hipofisina). Si el útero sigue sangrando, a pesar del lavado intrauterino, se procede al taponamiento con gaza yodoformada.

b) **Perforación.**—La perforación del útero se debe principalmente a una mala maniobra al hacer el raspaje, y más que todo a una introducción violenta de un instrumento. Heynemann, de Hamburgo, en 92 casos de perforación uterina dá como causa:

El dedo.....	5 casos.
La pinza.....	19 casos.
Dilatadores.....	28 casos.
Cucharilla.....	40 casos.

De importancia para todo caso de perforación uterina es que el médico se haya dado cuenta de su producción. El drama de la perforación comienza desde el momento en que, pasando desapercibida para el médico, éste sigue con el raspaje y lesiona: el epiplón, intestino delgado o grueso. Psham cita un caso en que debido a una perforación, un médico estrajo a través de la perforación uterina 2 metros (!!) de intestino delgado.

Producida una perforación y tratándose de un útero no infectado, se recomienda: reposo absoluto, inyecciones oitócicas (Hipofisina, Ergotina) hielo al abdomen y vigilancia atenta de la enferma, de tal manera, que a la menor sospecha de que se pueda desarrollar una peritonitis se proceda inmediatamente a la laparatomía.

Tratándose de una perforación en el caso de un aborto séptico no queda otro proceder que la inmediata histerectomía.

CAPITULO XII.

A). Procidencia del cordón umbilical.

En la procidencia del cordón umbilical en presentación cefálica, la intervención que se deberá efectuar dependerá de la dilatación del cuello uterino.

Con dilatación completa y estando la cabeza movable por encima del estrecho superior se procede a la versión interna y extracción podálica. Encontrándose la cabeza encajada se acelera el parto mediante oitócicos y se procede a la extracción del feto mediante una aplicación de fórceps.

Con dilatación incompleta podemos tentar la reposición del cordón y si ésto no diera resultado apelamos al balon de Champetier o procedemos a la versión de Braxton-Hicks. En una clínica se puede aconsejar la cesárea vaginal o abdominal.

La procidencia del cordón umbilical en presentación transversa se trata con la versión interna.

B). Procidencia de una mano.

En presentación cefálica se tratará de reponer el brazo y, aprovechando una contracción uterina, encajar la cabeza. No dando resultado la reposición, se procede a la versión interna.

En presentación de tronco se procede inmediatamente a la versión interna.

CAPITULO XIII.

Tratamiento obstétrico y quirúrgico de la placenta previa.

Todos los métodos de tratamiento que a la placenta previa conciernen, se proponen la supresión del sintoma capital, que domina el cuadro clínico y el pronóstico, que es la hemorragia.

Es obvio, que el tratamiento que se ha de seguir dependerá en parte del ambiente en que se ha de intervenir. Muy diferentes métodos le están a su elección al médico rural que se encuentra en presencia de una hemorragia, debida a una placenta previa y en que los esfuerzos del partero tenderán a salvar a la madre, prescindiendo a veces del niño, cohibiendo ante todo la hemorragia; del tocólogo con práctica hospitalaria, con sala de operación bien montada, quien no solo salvará a la madre, sino también la vida del niño.

Para decidirnos sobre el método terapéutico que juzgamos más apropiado, hemos de tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- 1). En qué condiciones se encuentra el estado general de la paciente. (Impresión general, anemia, frecuencia y tensión del pulso, respiración).

- 2). Cual es la dilatación del cuello uterino. ¿Se trata de un cuello duro, difícil de dilatar o de un cuello blando, fácil de dilatar?
- 3). De qué variedad de placenta previa se trata?
- 4). De qué presentación fetal se trata?

Si un médico es llamado al lado de una enferma con hemorragia por placenta previa, sin que haya empezado el trabajo del parto, exigirá su traslado a una maternidad. Para el transporte la preparará con los hemostáticos usuales, por ejemplo:

Rp.

Extr. fl. Hidrastis canad.

Extr. fl. Hamamelis virgin.

Tint. opio simpl.

aa. 10,0 grs.: tomar 30 gotas cada 2 a 3 horas.

Los métodos terapéuticos se pueden dividir en dos grupos:

- a). Métodos obstétricos: Ruptura de las membranas, maniobra de Braxton Hicks, Globos.
- b). Métodos quirúrgicos: Cesárea clásica, cesárea-cervico-segmentaria.

Obstétricos:

1) La ruptura de las membranas.

Es sabido que las hemorragias debidas a inserción baja de la placenta cesan si espontáneamente se rompen las membranas. Se debe esto, a que cesan las tracciones sobre el borde de la placenta insertada en el segmento inferior. Además, la parte fetal que

se presenta se aplicará sobre la placenta comprimiéndola y produce así la hemostasia.

Indicaciones.—En realidad este procedimiento es útil solo en las presentaciones cefálicas, pues, en las presentaciones de nalgas, en cualquiera de sus modalidades, la compresión de la placenta será incompleta. Además debe de haber comenzado el trabajo del parto, dilatación suficiente para la introducción de dos dedos, placenta previa lateral o marginal. En la placenta previa central este procedimiento está contraindicado.

La técnica de la ruptura artificial de las membranas es fácil. Conviene usar, para este objeto, una pinza con la cual se ejerce tracción sobre las membranas en sentido vaginal. Abierta la bolsa de las aguas, las membranas se desgarran ampliamente, poniendo cuidado de no lesionar ni desprender la placenta si está insertada muy cerca del cuello.

Como este método depende de que hayan contracciones uterinas, es conveniente acudir a los ocitósicos, (Pituitrina, hipofisina, quinina).

2) Maniobra de Braxton Hicks o versión mixta.

En este método también se trata de obtener una hemostasia por compresión de la placenta; pero esta vez, la hemostasia no va a depender de la fuerza propulsora de la musculatura uterina, sino de la tracción prudente y bien medida del partero.

Indicaciones.—Cuando la parturienta ha perdido mucha sangre, cuando el feto está próximo a morir o ya está muerto, o cuando es muy prematuro, siendo sus probabilidades de vida escasas; cuando se trata de posiciones transversas o de nalgas, ya que en estos casos uno de los pies del feto es fácilmente alcanzable.

Para efectuar la maniobra de Braxton Hicks, se exige como condición previa una dilatación del cuello suficiente para dejar pasar dos dedos. En caso de encontrarse el cuello con dilatación insuficiente se procederá a dilatarlo con dilatadores de Hegar. En seguida, tratándose de una placenta previa marginal o lateral, se procede a la ruptura de las membranas. Si no son accesibles las membranas por tratarse de una placenta previa central total habrá que perforar ésta y hacer bajar un pie a través de ella.

Técnica de la versión mixta o de Braxton Hicks (Véase Capítulo IX).

Resumiendo, se puede decir que este método presenta sobre todo la ventaja de una hemostasia segura y controlable, de una dilatación lenta del cuello, que estimula al mismo tiempo las contracciones uterinas y permite la evolución espontánea del parto.

Tiene la versión de Braxton Hicks como inconveniente principal la elevada mortalidad infantil.

Terminada la maniobra, el médico se dedicará a combatir la anemia, levantará el estado general de la enferma, por medio de hipodermocclisis o de flebotomía de suero fisiológico, transfusión de sangre, administración de tónicos cardíacos, etc.

3) Balones.

El resultado a que se desea llegar con los balones, es el mismo que se obtiene con la maniobra de Braxton Hicks, o sea, provocar la hemostasia perfecta por la compresión excéntrica de la placenta contra la pared uterina, dilatar el cuello y excitar el útero a contraerse. El muslo del feto es reemplazado por un globo lleno de un líquido estéril.

Indicaciones.—Los balones, al igual que la versión mixta de Braxton Hicks, están indicados en las hemorragias por placenta previa lateral y central.

Técnica.—Véase Capítulo III.

El balón se introducirá a través del cuello, pasando por el borde libre de la placenta, si se trata de una placenta lateral o marginal. Tratándose de una placenta central total es necesario perforar la placenta y aplicar el balón a través del orificio. De un modo general puede decirse que el balón termina su acción y es expulsado a la vagina al cabo de seis horas de haber sido aplicado, sobre todo, cuando inmediatamente después de su colocación se inyecta a la paciente un preparado de hipofisina.

Cuando se practica la aplicación de un balón, el partero no deberá abandonar a la paciente bajo ningún pretexto, puesto que después de la expulsión del balón puede presentarse una gran hemorragia que obligue a proceder inmediatamente a la extracción del feto, ya sea con el fórceps o por los pies, después de la versión.

Tratamiento quirúrgico de la placenta previa.

De año en año, en las Clínicas Obstétricas, está ganando terreno el tratamiento quirúrgico de la placenta previa, mediante la cesárea abdominal. En nuestro país, fué el Dr. Winkler quien en su brillante Memoria «Contribución al estudio comparativo del tratamiento Obstétrico y Quirúrgico de la Placenta Previa» el año 1926 abordó el tema con gran esmero y conocimiento de causa. Las conclusiones a que ha llegado en su Memoria son hoy día generalmente aceptadas. Ellas son:

1. El tratamiento obstétrico de la placenta previa, no ha dado resultados completamente satisfactorios para dominar los grandes peligros que se presentan en esta distocia: hemorragias, desgarros del cuello, infecciones puerperales, elevada mortalidad fetal.

2. Todas estas complicaciones son debidas, en su mayor parte, al vaciamiento lento del útero por las vías naturales, porque distiende el segmento inferior en que está insertada la placenta. Esta distensión conduce a un mayor desprendimiento de la placenta con su hemorragia subsiguiente, provoca con facilidad desgarros por el enrarecimiento de su musculatura a nivel de la inserción placentaria, y abre así la puerta de entrada a los gérmenes infecciosos.
3. Estas complicaciones se eliminan con el tratamiento quirúrgico, porque evita el parto por las vías naturales, tan peligroso en estas circunstancias. Permite, además, el vaciamiento rápido del útero y la hemostasia directa.
4. Las condiciones primordiales para resolver la cesárea conservadora en caso de placenta previa, son: asepsia del caso y niño vivo y viable. Si a esto se agrega, la existencia de una inserción central de la placenta, la indicación para la cesárea es absoluta.
5. Las cesáreas más recomendables para el tratamiento de la placenta previa son las efectuadas sobre el segmento inferior, porque protegen mejor el peritoneo y exponen menos a las rupturas posteriores del útero, como lo demuestran las estadísticas correspondientes.

Selección de los métodos estudiados y conducta que ha de seguirse en casos particulares.

Nuevamente hemos de insistir que la conducta dependerá en parte del ambiente en que debemos actuar.

Una hemorragia anunciadora que se presenta en época aún lejana del término del embarazo, si es ligera, no obliga a una intervención activa. Se someterá a la mujer a un reposo absoluto en la cama, se le administrará algún opiáceo y solo se permitirá que se levante al cabo de algunos días de no perder sangre.

Cuando a pesar del reposo en cama y de la administración de opio continúa la hemorragia, o se hace intensa, estando aún cerrado el cuello, duro y alargado, se deberá transportar la enferma a una clínica para indicar una cesárea. El médico rural, lejos de una clínica, dilatará con Hegar el cuello uterino y optará o por la colocación de un balón de Champetier o por una versión de Braxton Hicks y extracción de un pie.

Cuando llegamos al lado de una enferma y el parto ya ha comenzado, cuello algo dilatado, si se encuentra una placenta previa central total, estamos autorizados en una clínica a hacer una cesárea. Pero, si no puede practicarse esta operación, habrá que perforar la placenta, practicar el Braxton Hicks o acudir a un balón. En cambio, si se trata de una placenta previa marginal o lateral, la más de las veces bastará romper las membranas para que cese la pérdida de sangre, y el parto se realizará de una manera espontánea. Si a pesar de la ruptura de las membranas persiste la hemorragia, es mejor tener a disposición un pie. Aplicado un balón o bajado un pie, podemos hacer que, mediante un peso de $\frac{1}{2}$ a 1 kilo exista cierta tracción; pero nunca estas tracciones serán intensas y bruscas, pues, la consecuencia serían desgarro del cuello y aún del segmento inferior. La extracción del niño nunca debe precipitarse antes que la dilatación sea completa. Si se atasca la expulsión de la cabeza porque queda aprisionada por un cuello incompletamente dilatado, es posible que se pueda vencer el obstáculo, excitando las contracciones ute-

rinas por medio de ocitócicos. Jamás hay que olvidar que muchas mujeres han muerto en manos del médico, que tiró del feto para terminar una situación bastante enojosa, las cuales se hubieran salvado si se hubiere tenido la calma suficiente para esperar una expulsión espontánea.



CAPITULO XIV.

Tratamiento de las rupturas uterinas.

Nos vamos a ocupar en este capítulo, exclusivamente, de las rupturas producidas durante el embarazo y el parto.

En presencia de una ruptura uterina, la primera indicación que debe practicarse es la extracción del feto, ya sea por vías naturales o practicando una laparotomía; la segunda indicación, es el tratamiento de las lesiones.

En el tratamiento de las lesiones, podemos distinguir: procedimientos conservadores y procedimientos quirúrgicos. A los procedimientos conservadores acudirá el médico rural, lejos de todo ambiente operatorio; en cambio, el tocólogo de Hospital, siempre dará preferencia a los métodos quirúrgicos.

Procedimientos conservadores:

Taponamiento.—Fue practicado y recomendado por primera vez por Dührssen en el año 1895. La técnica de Dührssen es la siguiente: limpieza de la vulva y vagina con gasa. Con ayuda de dos valvas, se pone a la vista el cuello uterino, se toman sus dos labios con pinzas de Musseux y se le desciende mediante tracciones sobre las pinzas. El cuello y el segmento inferior del útero pueden entonces ser inspeccionados en la mayor parte de su extensión. Se

explora la solución de continuidad del útero y si hay necesidad se aplica una pinza hemostática sobre cualquier arteria que sangre. En seguida, se procede al taponamiento del útero. Con este objeto, se introduce hasta el fondo del órgano, una primera banda de gasa yodoformada, cuyo cabo inferior queda en la vagina, después, a través de la herida uterina se desliza una segunda mecha de gasa, que vá a quedar en parte en el peritoneo o ligamento ancho, según la ruptura, sea intra o extra-peritoneal. Hecho esto, se retiran las pinzas de Musseux y se continúa llenando con gasa yodoformada el cuello y la vagina. Se aplica por fin un vendaje abdominal compresivo con el objeto de fijar al útero y mantenerlo descendido. Terminado el taponamiento se recurrirá a los oclíticos. Al cabo de 24 horas, según la abundancia del derrame, se renovará el tapón yodoformado de la vagina, pero se mantendrá más largo tiempo el del útero. La gasa yodoformada en este órgano realiza el drenaje.

Procedimientos quirúrgicos:

Es la laparotomía la que nos permite ver directamente la lesión, palparla si queremos así decir y hacer más eficaz y rápida la hemostasia y restauración de los tejidos.

Una vez hecha la laparotomía, extraído el feto con sus anexos y después de una limpieza prolija del peritoneo, se pueden seguir varios caminos para tratar la lesión. Podemos agrupar estos procedimientos en dos categorías: 1.º los que conservan el órgano lesionado (Cirugía conservadora) y 2.º los que tienen por objeto principal la extirpación del útero desgarrado (Cirugía radical).

a). **Procedimiento conservador: Laparotomía y sutura.**

La laparotomía seguida de sutura de la lesión uterina, está indicada en las rupturas uterinas parciales, es decir, pequeñas y de bordes netos. Además, no debe existir una infección amniótica.

La técnica es la misma que se usa para la operación cesárea, previa regularización de los bordes de la lesión.

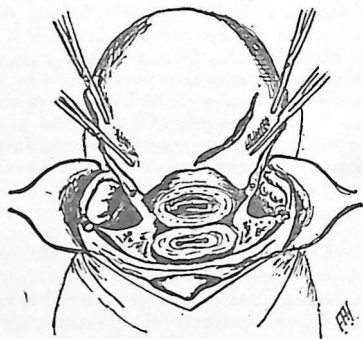


Fig. 49.

b). **Procedimiento radical: Histerectomía subtotal.**

Este procedimiento es el más usado en la actualidad y el que cuenta en su favor con la confianza de la mayoría de los tocólogos.

Técnica.—Laparotomía media infraumbilical.

Colocación del separador abdominal. Posición de

Trendelenburg, que hace abandonar a los intestinos de la pélvis. El fondo del útero se toma con una o dos pinzas de Musseux y se exterioriza a través de la incisión. Luxado el útero se colocan compresas con tiras que aislen la cavidad abdominal.

1. Tiempo: Hemostasia y sección de los pedículos útero-ováricos y de los ligamentos redondos.—Se practicará sucesivamente en el lado derecho e izquierdo, comenzando por el lado más accesible. El borde superior del ligamento ancho se pone tirante, inclinando el ayudante el útero hacia el lado opuesto. Se seccionan entre dos pinzas el pedículo útero-ovárico, el ligamento redondo, (si se puede conservar uno o ambos ovarios habrá que respetarlos). Esta maniobra se repite en el otro lado. El fondo uterino, liberado de los pedículos útero-ováricos y de los ligamentos redondos, es elevado fuertemente hacia arriba. Con la tijera se corta la parte media, avascular, de los ligamentos anchos.

2. Tiempo: Incisión del peritoneo vésico-uterino y separación de la vejiga.—Una incisión curva, de concavidad superior, que comprenderá exclusivamente el peritoneo vésico-uterino y que estará situada a 2 centímetros del repliegue vésico-uterino, reunirá por adelante las extremidades de la sección de ambos ligamentos anchos. En seguida, se separa con una compresa la vejiga hacia abajo, dejando libre el cuello uterino.

3. Tiempo: Hemostasia y sección de las arterias uterinas.—Sobre ambos lados del cuello uterino, lo más bajo posible, se buscan las arterias uterinas. Una vez encontradas, se coloca en cada una de ellas una pinza hemostática. Estas pinzas deben quedar perpendiculares al cuello uterino.

4. Tiempo: Sección del cuello uterino.—Con el bisturí se cortará el cuello uterino, tratando en lo posible de hacerlo en forma cónica. El muñón, inmediatamente, será tomado con una pinza. Sobre el muñón se pasará tintura de yodo.

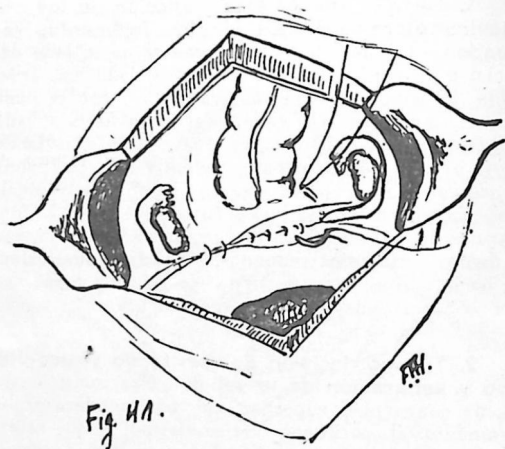


Fig. 4A.

5. Tiempo: Sutura del muñón uterino.—Para cerrar la cavidad del cuello y asegurar la hemostasia se sutura el muñón uterino con puntos de catgut separados.

6. Tiempo: Ligadura de los pedículos vasculares.—Las pinzas que toman los pedículos vasculares serán reemplazadas por ligaduras de catgut. Se comenzará con la ligadura de las arterias uterinas, ayudado por una aguja que se pasará profundamente

a través del tejido cérvico-uterino. En seguida, se ligarán los pedículos útero-ováricos y los ligamentos redondos. Muy importante es que todas las ligaduras sean efectuadas con mucha exactitud y los nudos queden bien apretados.

7. Tiempo: Peritonización.—Para dejar bien peritonizado el piso pelviano, se comienza con una sutura de catgut, que comenzando en la parte externa del ligamento ancho izquierdo adose ambas hojas peritoneales, invaginando, cuando sea posible, los pedículos ligados previamente, cubriendo exactamente con peritoneo el muñón cervical y que termina de la misma manera en la parte externa del ligamento ancho derecho.

8. Tiempo: Sutura de la pared abdominal.—Se procede al cierre de la pared abdominal por planos, dejando un drenaje cuando se presuma la posibilidad de una infección.

BIBLIOGRAFIA NACIONAL.

- Ankelen, F.*—Fiebre puerperal, tratamiento y profilaxis. Rev. Med. Mod. 1931, 11.
- Ankelen, F.*—Estudio comparativo sobre la Cesárea de Portes y la Cesárea de Sellheim IV. Rev. Med. Mod. 1938, 11.
- Avendaño, O.*—Rotura espontánea del útero por dehiscencia de cicatriz de cesárea clásica iterativa. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 1.
- Albertz, A.*—Infección ovular. Operación cesárea suprasinfisaria. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 1.
- Anwandter, K. y Larenas, A.*—Parto de término. Dehiscencia parcial de cicatriz uterina de operación cesárea anterior. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 1.
- Avaria, D.*—Operación cesárea en útero séptico. Método de Sellheim IV. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 2.
- Albertz, A.*—Dos casos de Sinfisiotomía de Zárate. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 2.
- Anwandter, K.*—Operación cesárea iterativa. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 2.
- Avilés, M. y Urzúa, O.*—Nuestras experiencias sobre cesáreas clásicas. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 2.
- Gazitúa, V.*—Sobre aplicaciones de fórceps en el estrecho superior. Bol. An. Cl. Obs. 1926, 15.
- Garrido, R.*—Contribución al estudio de las distocias pelvianas. Tesis.
- García V. R.*—Sobre aplicaciones de fórceps en el estrecho superior. Modificación a la maniobra de Gazitúa. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 1.
- Gazitúa, V.*—Algunos comentarios sobre el empleo del dilataador de Bossi. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 1.
- García V. R.*—Sinfisiotomía de Zárate en primigesta. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 1.

García V., R.—Sinfisiotomía en cabeza última. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 2.

Gazitúa, V.—Operación cesárea por embarazo prolongado. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 2.

Gazitúa, V. y García, R.—Cuatro casos de sinfisiotomía de Zárate. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 2.

García V., R.—Algunas consideraciones sobre metreurisis. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 2.

Günther, R.—Rupturas uterinas. Tesis.

Gazitúa, V.—Sobre intervenciones por vía vaginal en la placenta previa. Bol. An. Cl. Obs. Ch. 1928. 125.

Gazitúa, V.—Comentario sobre 70 casos de cesáreas abdominales. Bol. An. Cl. Obs. 1930. 178.

Keimer, E.—Método de Delmas. Fundamento anatómo-fisiológico. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 2.

Mönckeberg, C.—Tres casos de distocia pelviana resueltos por exohisteropexia. Bol. An. Cl. Obs. Ch. 1928. 146.

Mönckeberg, C.—Problemas de Clínica Obstétrica.

Matus, L.—Rotura uterina espontánea por embarazo angular. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 2.

Massa, M.—Aborto provocado. Rotura del útero con exteriorización del intestino. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 2.

Mönckeberg, C. y Puga, J.—Bases de un criterio quirúrgico en obstetricia. Bol. An. Cl. Obs. Ch. 1937. 22.

Mancilla, H.—Anestesia raquídea en obstetricia. Tesis.

Orríols, A.—Operación de Portes. Rev. Med. Mod. Año 1.

Puga, J.—Sinfisiotomía subcutánea parcial. Técnica de Zárate. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 1. Pág. 94 y 326.

Puga, J.—Indicaciones de la interrupción artificial del embarazo. Tesis.

Puga, J.—Cesárea arciforme extraperitoneal por arteificio. Técnica de Michon-Leon. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 2.

Puga, J.—Tratamiento de las roturas del útero. Bol. An. Cl. Obs. Ch. 1931. 32.

Puga, J.—Sobre el tratamiento de la placenta previa. Bol. An. Cl. Obs. Ch. 1929. 37.

Ramírez, C.—Historia de la anestesia raquídea en obstetricia en Chile. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Bol. 1.

Reed, E.—Operación cesárea. Rev. Med. Mod. Año 8.

Rodríguez, V. A.—Dos observaciones de partos distócicos complicados resueltos por el procedimiento de Delmas. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 3.

Ramírez, C.—Algunas consideraciones sobre rotura espontánea del útero por dehiscencia de cesárea clásica anterior. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 3.

Sanhueza, H. y Braun, J.—La supresión del dolor en el parto. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 2.

Sanhueza, H. y Puga, J.—Histerotomías abdominales extraperitoneales por arteificio. Bol. Soc. Ch. Obs. y Gin. Vol. 3.

Winckler, H.—Contribución al estudio comparativo del tratamiento obstétrico y quirúrgico de la placenta previa. Tesis.

BIBLIOGRAFIA EXTRANJERA.

Carreras, M. y Vital Aza.—Las embriotomías.

Carreras, M.—El fórceps, sus maniobras atípicas.

Carreras, M.—La cesárea extraperitoneal y la transperitoneal suprasinfisaria.

Dalcás, P.—Evacuación extemporánea del útero por el método de Delmas.

Macías de Torres, E.—La evacuación rápida extemporánea del útero. Rev. Med. Mod. Año 2.

Pérez, Manuel.—Tratado de Obstetricia. Seg. Edición.

Recassens, S.—Tratado de Obstetricia.

Recassens, S.—Obstetricia y Ginecología.

Ruiz Contreras.—Placenta previa.

Usandizaga, M.—Alumbramiento normal y su patología.

Bourne, A.—Obstetric a. Gynecology.

De Lee.—Principles a. Practice of Obstetric.

Cooke, W.—Caesarean Section in infected Cases. Am. Journ. Obst. a. Gyn. 35, 469.

Findlay, D.—Management of Placenta Previa. Am. J. Obs. a. Gyn. 36, 267.

Huber, C.—Dührssen's Incisions. Am. J. Obs. a. Gyn. 37, 824.

Jellet, H.—Manual of Midwifery.

Mohler, R.—Management of Breeches Deliveries. Am. J. Obs. a. Gyn. 36, 400.

Potter, M.—Podalic Version and Extraction. Am. J. Obs. a. Gyn. 37, 675.

Parsons, S.—Value of Caesarean Section in Presence of Infection. Am. J. Obs. a. Gyn. 35, 311.

Waters, E.—The Dilating Bag in Obstetrics. Am. J. Obs. a. Gyn. 36, 639.

Abel, K.—Gynaekologische-Geburtshilfliche Taschenhefte.

Bumm, E.—Geburtshilfe.

Doederlein, A.—Leitfaden f. d. geburtshilflichen Operationskurs.

Doederlein, A.—Geburtshilflichen Operationslehre.

Doederlein u. Kroennig.—Operative Gynaekologie.

Epple, S.—Myom u. Schwangerschaft. Zbl. Gyn. 1938, 46.

Graff, E.—Die Geburtshilfe des Praktischen Arztes.

Graf, W.—Der Kaiserschnitt b. infizierten u. infektionsverdächtigen Fällen. Zbl. Gyn. 1936.

Geller, F.—Die vaginales Schnellentbindung. Zbl. Gyn. 1938, 22.

Hegra, K.—Verhütung der Infektion b. d. Kaiserschnittentbindung. Zbl. Gyn. 1936.

Holtermann, C.—Anwendung d. Accouchement forcé n. Delmas b. Placenta previa. Zbl. Gyn. 1937, 35.

Holtermann, C.—Gedoppelter Handgriff z. Umwandlung einer Steiss-Fusslage in eine Fusslage. Zbl. Gyn. 1937, 32.

Joerg, H.—Kopfschwartzange n. Gauss. Zbl. 1938, 47.

Kielland, Ch.—Die Anlegung der Kiellandschen Zange.

Kittinger, A.—Das neue Kurznarkotikum Evipan-Natrium.

Koester, O.—Die Evipan-Natrium Narkose.

Langsteiner, F.—Evipan-Na. i. d. Geburtshilfe u. Gynaekologie.

Liepmann.—Clinica Obstétrica.

Matus, H.—Die Geburtshilflichen Operationen.

Neuweiler, W.—Erfahrungen mit dem Kraniotraktor. Zbl. Gyn. 1937, 15.

Preissecker, E.—Lumbalanesthesie in der Geburtshilfe.

Päll, G. v.—Die Galea Zange in d. Geburtshilfe. Zbl. Gyn. 1936, 42.

Päll, G. v.—Verwendung der Galea Zange. Zbl. Gyn. 1938, 6.

Pannke, H.—Erfahrungen mit der Kopfschwartzange nach Gauss. Zbl. Gyn. 1937, 43.

Ruge, H.—Kaiserschnitt a. d. Sterbenden. Frau. Zbl. Gyn. 1937, 6.

Roemer, H.—Schnellentbindung a. d. sterbenden. Frau. Zbl. Gyn. 1938, 6.

Rossenbeck, H.—Technik der Schnittentbindung nach Doerfler. Zbl. Gyn. 1936, 36.

Samuel, M.—Evipan-Natrium z. schmerzlosen Geburt.

Stoekel, W.—Lehrbuch der Geburtshilfe, 1938.

Schröder.—Geburtshilfe.

Schmidt, H.—Die vaginales Schnellentbindung nach Delmas. Zbl. Gyn. 1937, 27.

Steingisser, H.—Evipan-Orastin Dämmerschlaf. Zbl. Gyn. 1937, 30.

Tüscher, H.—Schulterentwicklung von Riesenkindern. Zbl. Gyn. 1936, 51.

Winter.—Operative Geburtshilfe.

Yaschke, R. v.—Physiologie u. Pathologie der Geburt.

Yaschke, R. v.—Geburtshilfe.

Bar, P.—La pratique de l'art des accouchements.

Brindeau, A.—La rachi-anesthésie en Obstétrique. Cl. Tarnier 2.

Brindeau, A.—L'opération césarienne basse. Cl. Tarn. 4.

Brindeau, A.—De l'expectation en Obstétrique. Cl. Tarn. 5.

Buè, V.—De la conduite a tenir dans la presentation de l'épaule. Cl. Tarn. 11.

Brouha, M.—L'épreuve du travaux dans le traitement des bassins limite. Cl. Tarn. 12.

Brindeau, A.—Histoire de la césarienne conservatrice. Cl. Tarn. 14.

Devraigne y Lacomme.—Obstetricia y Ginecologia.

Cathala, V.—Les différents procédés d'agrandissement du bassin. Cl. Tarn. 3.

Desoubry, J.—La césarienne dans le traitement du placenta previa. Cl. Tarn. 6.

Daléas, P.—Evacuación extemporánea del útero por el método de Delmas.

Ecalle, G.—Les incisions du col en obstetricque. Cl. Tarn. 2.

Fabre.—Precis d'Obstetricque.

Fiolle, J.—Le Curettage Utérin.

Farabeuf et Varnier.—Introduction a l'Etude Clinique et a la Practique des Accouchements.

Gheorghiu, N.—La rachianesthésie en gynécologie et en obstetricque. Cl. Tarn. 6.

Hauch, H.—A propos de l'accouchement prématuré provoqué. Cl. Tarn. 7.

Hauch, H.—De l'analgesie et de la narcose obstetricale. Cl. Tarn. 14.

Jeannin, C.—De l'obstruction pelviennne par tumeur au de la grossesse et de l'accouchement. Cl. Tarn. 1.

- Jeannin, C.*—L'operation cesarienne tardive. Cl. Tarn. 3.
Keiffer, H.—Le Systeme nerveux de l'uterus. Cl. Tarn. 1.
Keiffer, H.—Recherches sur les proprietés contractiles des fibres
 lises de l'uterus. Cl. Tarn. 3.
Keller, R.—Les indications de la césarienne basse. Cl. Tarn. 9.
Lequeux, M.—Traitement chirurgical du placenta previa. Cl.
 Tarn. 1.
Lantuéjoul, P.—Doit on appliquer le forceps au detroit supra-
 rieur. Cl. Tarn. 4.
Lantuéjoul, P.—Considerations sur la presentation de siege
 chez la primipare. Cl. Tarn. 13.
Maygrier et Schwaab.—Précis d'Obstetrique.
Rhentier, J.—La pelvimetrie dans l'obstetrique moderne. Cl.
 Tarn. 13.
Ribemont, Dessaignes, Lepage.—Précis d'Obstetrique.

INDICE

Analgesia y Anestesia en Obstetricia.....	10
Anestesia Raquídea.....	14
Asepsia y Antisepsia Obstétrica.....	21
Balones.....	30
Balon de Champetier de Ribes.....	30
Basiotripsia.....	137
Blond, dedal de.....	143
Cranioclasia.....	134
Craniotomía.....	128
Oleidotomía.....	139
Cesáreas cérvico-segmentarias.....	154
Cesárea corporal clásica.....	153
Cesárea vaginal anterior de Bumm.....	31
Cesárea vaginal de Dührssen.....	37
Decapitación.....	141
Delmas, procedimiento de.....	18
Dilatadores de Hegar.....	29
DILATACION ARTIFICIAL DE LAS PARTES BLANDAS:	
a) Durante el embarazo.....	26
b) Durante el parto.....	34
Dilatación manual a la Bonnalre.....	35
Dilatación con el Balon de Champetier o de Müller.....	30
Dilatador de Bossi.....	35
Desprendimiento manual de la placenta.....	166
Embriotomías.....	126
„ cefálicas.....	127
„ raquídeas.....	140

Episiotomía.....	38
Extracción podálica.....	55
" por las nalgas.....	63
" por los pies.....	57
" podálica, dificultades en la.....	65
Esterilización en la operación cesárea (Madlenor).....	164
Exenteración.....	145
Evipán-Sódico.....	13
Visceración.....	145
Fórceps.....	72
" Indicaciones.....	81
" Aplicación según la Escuela Alemana.....	85
" Aplicación según la Escuela Francesa.....	93
" Reglas generales para la aplicación.....	84
" En el estrecho inferior.....	94
" En la excavación.....	96
" Aplicación en las posiciones transversas.....	102
" Aplicación en presentación de cara y frente.....	108
" Aplicación sobre las nalgas.....	111
" de Kielland.....	111
Gancho de Braun.....	141
Hegar, dilatadores de.....	29
Histerotomía vaginal.....	31
Incisiones múltiples en el cuello uterino.....	36
Incisión vaginal profunda.....	39
Kielland, fórceps de.....	111
Laminaria.....	27
Maniobra de Champetier de Ribes.....	69
Maniobra de Mme Lachapelle.....	85
Maniobra de Mauriceau.....	62
Maniobra de Justina Siegemundin.....	53
Maniobra de Veit-Smellie-Levret.....	61
Maniobra de Wiegand-Winckel.....	69
Metreureisis.....	30

Operación cesárea.....	146
" Indicaciones.....	148
" Clasificación de los métodos operatorios.....	152
" Cesárea corporal clásica.....	153
" Cesáreas cérvico-segmentarias.....	154
" Cesárea extraperitoneal.....	157
" Cesárea de Porro.....	157
" Cesárea de Portes.....	158
" Cesárea Sellheim IV.....	160
" Elección del método operatorio.....	161
" Esterilización en la cesárea.....	164
Pelvitomías.....	119
Placenta previa.....	172
" " Tratamientos obstétricos.....	173
" " Tratamiento quirúrgico.....	176
Pubiotomía, técnica de la.....	121
Procidencia del cordón umbilical.....	171
Procidencia de una mano.....	171
Raspaje uterino en el aborto.....	168
Rupturas uterinas.....	180
" " Procedimientos conservadores.....	180
" " Histerectomía subtotal.....	182
Sinfisiotomía y Pubiotomía.....	119
Sinfisiotomía según Zárate.....	124
Tijeras de Siebold o de Pinard.....	142
Versión.....	40
" externa.....	42
" interna.....	43
" " Indicaciones.....	43
" " Contraindicaciones.....	44
" " Técnica.....	45
" " Dificultades.....	48
" mixta o de Braxton-Hicks.....	53
" con la maniobra de Justine Siegemundin.....	53



FE DE ERRATAS

PÁG.	LÍNEA	DICE:	DEBE DECIR:
7	11	clínicas. del	clínicas, del
7	18	fenómenos	fenómenos
16	7	esfinter. (Hay	esfinter, (Hay
16	12	médula raquídea,	médula raquídea.
17	12	hipotesina	hipotesina
17	23	vértebra sacra	vértebra lumbar
25	9	embullición	ebullición
48	33	hacer versión	hacer la versión
56	9	aguas rotas	aguas rota
77	34	Lehrbüchern	Lehrbüchern
114	2	cefácila	cefálica
133	14	titye	tituye
133	21	cráneo, a sea	cráneo, o sea
161	25	ros,	ros,

MANUAL
DE
OPERACIONES
OBSTETRICAS

POR EL

Dr. FEDERICO ANKELEN H.



CENTRAL DE PUBLICACIONES

Catedral 1417 - Casilla 38

Santiago de Chile

1939

477