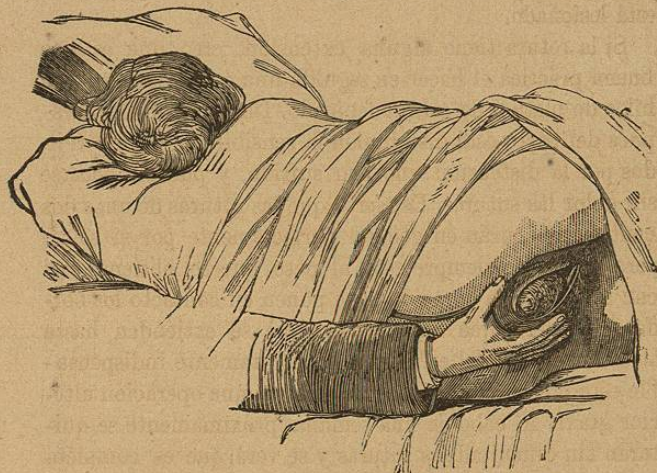


su perineo durante horas enteras, como tan á menudo se hace. Es preciso dejar que se produzca la distensión gradual de los tejidos por el avance y retroceso alternativos de la cabeza, y no hay necesidad de intervenir para facilitar la relajación sino cuando la distensión se halla en su máximo y á punto de ser expulsada la cabeza. Puede interponerse una servilleta entre la mano y la piel como objeto de limpieza. Si el perineo está excesivamente duro y resistente, se recurrirá á fomentaciones asiduas con una

Fig. 107.



Modo de relajar el perineo.

esponja caliente, lo cual será útil para favorecer la relajación.

Incisión
del perineo.

Si la distensión es tan grande que parece inevitable la rotura, se recomienda generalmente hacer una pequeña incisión en cada lado del rafe para prevenir una rotura espontánea. Este medio es sin duda inofensivo, pero yo pregunto si es de alguna utilidad. Se supone que una herida por incisión es preferible á una herida por rotura. Pero cuando el perineo, distendido, se rompe, sus tejidos están tan adelgazados que la rotura es casi lineal, y en prueba de ello los bordes son siempre tan limpios y están tan per-

fectamente yuxtapuestos como si se hubiese hecho con un bisturí la sección. Además, la rotura cura invariablemente si se cuida de poner sus bordes en contacto con uno ó dos puntos de sutura metálica. Creo, pues, que Goodell está en lo cierto cuando dice que rara vez, si no nunca, es necesaria la incisión del perineo, á menos que no dependa su rigidez de una cicatriz anterior. En casi todos los primeros partos se desgarran la horquilla, pero nada tenemos que hacer. En algunos casos, por más que hagamos, se produce una rotura más ó menos extensa; se examinará, pues, siempre el perineo después de expulsado el niño para ver si está lesionado.

Si la rotura tiene alguna extensión, creo que es una buena práctica el hacer en seguida una ó dos suturas con hilos de plata ó de catgut fenicado. Inmediatamente después del parto está disminuída la sensibilidad de los tejidos por la distensión que han sufrido, y pueden hacerse sin dolor las suturas. Es cierto que las roturas de unos dos centímetros curan en general perfectamente por sí solas; pero no sucede siempre esto, al paso que se obtiene casi con seguridad la curación si se ponen en contacto los bordes. En las roturas más graves, que se extienden hasta atrás ó á través del esfínter, es absolutamente indispensable esta precaución, con la que se evita una operación ulterior grave. Al cabo de una semana próximamente se quitarán sin dificultad las suturas y se verá que es completa la adherencia.

Tratamiento
de las
roturas.

Una vez expulsada la cabeza se recibirá en la palma de la mano derecha, colocando la izquierda en el abdomen para acompañar al útero á medida que se contrae y expulsa el tronco. Hay generalmente un ligero espacio de suspensión después de la salida de la cabeza, que debe aprovecharse para ver si el cordón está arrollado al cuello y en caso afirmativo desprenderlo. La expulsión del tronco se abandonará á las contracciones uterinas solas. Si se prolonga se procurará excitar la acción del útero por medio de fricciones sobre el fondo, que rara vez son insuficientes para producir las contracciones. Si nos apresuramos mucho á extraer el tronco, corremos el riesgo de vaciar el útero cuando está aún relajado y de favorecer así la he-

Expulsion
del niño.

morragia. Sin embargo, si parece inminente la asfixia del niño, puede favorecerse su expulsión pasando suavemente el índice de cada mano por sus axilas y haciendo una tracción; pero es muy excepcional que sea necesaria semejante intervención.

Provocación
de la
contracción
uterina después
de la
expulsión
del niño.

A medida que se contrae el útero, debe seguirse con cuidado á través de las paredes abdominales con la mano izquierda, que permanece aplicada sobre él durante la expulsión del tronco, á fin de asegurarnos de que se contrae eficazmente. Es un punto de capital importancia para prevenir las hemorragias, y de él nos ocuparemos con más extensión.

Ligadura
del cordón.

Tan luego como llora el niño, podemos proceder á la ligadura y sección del cordón. La enfermera está provista de lazos compuestos de algunas hebras de hilo de tela gris; pero puede emplearse algodón ó cualquier otra sustancia análoga. Importa, sobre todo si el cordón es muy grueso y gelatinoso, asegurarse de que está perfectamente comprimido y de que están obliterados los vasos, por el temor de una hemorragia secundaria. El cordón se ata á 4 centímetros próximamente del niño, y se tiene la costumbre, aunque no sea esencial, de colocar una segunda ligadura á 5 centímetros de la primera, en la extremidad placentaria del cordón. Esta ligadura puede ser útil, puesto que retiene la sangre en la placenta y aumenta el volumen del órgano, lo que hace la expulsión más fácil por la contracción uterina. Con unas tijeras se corta el cordón entre las dos ligaduras, se envuelve el niño en una franela, y se entrega á la enfermera ó á una amiga, en tanto que la atención del práctico se concentra toda en la mujer para prestarla los cuidados convenientes durante el tercer estadio del parto (1). El cordón puede también tratarse sin cui-

(1) En estos últimos años se ha discutido mucho en Francia y en el extranjero, con motivo de una Memoria del doctor Budin (*A quel moment doit-on pratiquer la ligature du cordon?* en *Le Progrès Médical*, 1875), la cuestión de la ligadura del cordón. Budin parece haber demostrado, con gran número de observaciones clínicas y experimentales, que hay ventaja en no hacer la ligadura sino cuando han cesado los latidos del corazón. La ligadura inmediata priva al niño de 92 gramos de sangre próximamente. En una Memoria del doctor Porak, intitulada *Considérations sur l'ictère des*

dato por laceración. Este método me fué primeramente sugerido por mi amigo el doctor Stephen, que lo ha empleado muchos años en algunos cientos de casos. El cordón es arrollado en el dedo índice de ambas manos y desgarrado, retrayéndose sin hemorragia los vasos lacerados. Es una imitación exacta del método intuitivamente adoptado por los animales inferiores, y tiene la ventaja de hacer innecesarias las ligaduras. Lo he usado en un gran número de casos, pero prefiero el plan generalmente adoptado.

Tratamiento
del cordón por
laceración.

No hay, sin duda alguna, período del parto en que más necesaria sea una asistencia inteligente y en que sean más frecuentes los errores. Con los cuidados convenientes, el peligro de la hemorragia post-*puerperal* se reduce al *minimum*, se asegura la contracción eficaz del útero, se disminuyen la frecuencia y la fuerza de los dolores consecutivos y se aumentan la seguridad y el bienestar de la mujer. Pero la práctica general durante este estadio es contraria al mecanismo natural de la expulsión de la placenta, y dista mucho de ofrecer todas las garantías apetecibles. Veamos cuál es el método aconsejado y seguido, y comprenderemos cuán erróneo es. Nada mejor podemos hacer que copiar las indicaciones contenidas en una de nuestras obras de obstetricia más justamente populares, en la que se fijan los preceptos clásicos del alumbramiento: «Una vez puesto el vendaje, puede dejarse descansar un momento á la mujer si no hay hemorragia; después, cuando el útero se contrae, debe hacerse una tracción moderada sobre el cordón para asegurarnos así de si está ó no desprendida la placenta. Si se halla ésta en la vagina se la extrae, continuando la tracción con regularidad en el eje del estrecho superior primero, y comprimiendo al propio tiempo el útero (1).»

Importancia
de
una buena
asistencia en el
tercer período.

nouveaux-nes (*Revue mensuelle de méd. et de chir.*, mayo y junio de 1878), se discuten las conclusiones de Budin, y en la contestación dirigida á Porak por el doctor Ribemont (*Annales de gynécologie*, febrero de 1876), se hace un buen resumen de los trabajos sobre el particular publicados por los señores Kohly, Schücking, Hélot, Zweifel, Hofmeier, Leopoldo Meyer, etc. Budin ha estudiado también la influencia favorable que sobre el alumbramiento tenía la ligadura. (Nota del traductor francés.)

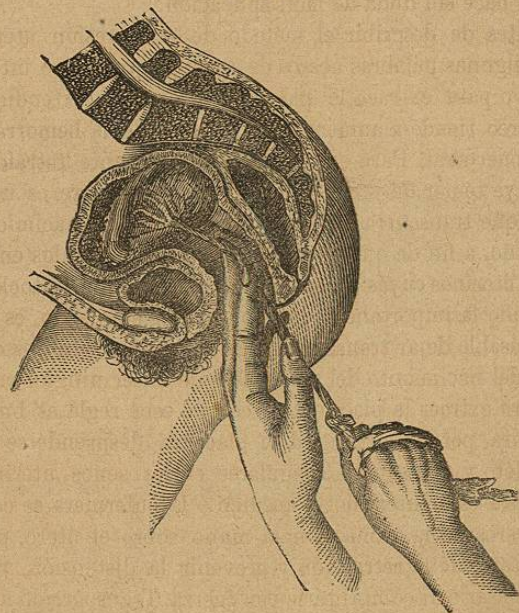
(1) Churchill, *Theory and practice of midwifery*, pág. 162.

Objeciones
á la
práctica
ordinaria.

Tal es la descripción exacta de lo que en la práctica se hace todos los días (1). Las objeciones que tengo que hacer son: 1.^a, que sostiene el vulgar error que consiste en considerar el vendaje como un medio de provocar la contracción uterina, aconsejando aplicarlo antes de expulsar la placenta; y yo sostengo, por el contrario, que el vendaje no debe aplicarse nunca sino después de expulsada la placenta, y jamás antes de tener la seguridad de que el útero se ha contraído con regularidad y de un modo permanente; 2.^a, que enseña que debe apelarse á la tracción del cordón como medio de extraer la placenta, en tanto que es el útero el que debe expulsarla, y diez y nueve veces de cada veinte no hay necesidad de introducir el dedo en la vagina después de expulsado el niño; no debe,

(1) Esto está representado en el adjunto diagrama, que pone de manifesto al partero extrayendo la placenta por tracción (fig. 108), lo que no recomiendo.

Fig. 108.



Manera usual de extraer la placenta por tracción sobre el cordón.

pues, tocarse el cordón. Quizás parezca esto exagerado á los que están acostumbrados al método ordinario, pero estoy convencido de que todos los médicos que hayan aprendido á hacer la expresión uterina atestiguarán en mi favor.

El punto capital es que la placenta debe ser expulsada del útero por la *vis à tergo*, y no extraída por la *vis à fronte*. No hay duda que muchos autores ingleses han recomendado la expresión uterina, y la escuela de Dublin, sobre todo, le ha dado gran importancia bajo el punto de vista de la hemorragia post-puerperal; pero el enunciado distinto de que la placenta debe ser expulsada y no extraída se debe á Credè y á otros escritores alemanes, y sólo en estos últimos tiempos se ha extendido esta práctica. A los médicos que no han visto hacer la expresión placentaria les cuesta trabajo comprender que, en la gran mayoría de casos, el útero expulsa la placenta fuera de la vagina; mas no obstante, es un hecho innegable. Se necesita sin duda un poco de práctica para poderlo hacer de un modo satisfactorio; pero una vez familiarizados con el procedimiento, se hace sin duda de fácil aplicación.

Antes de describir el método de la expresión uterina diré algunas palabras acerca de ese apresuramiento intempestivo para extraer la placenta, error muy extendido y que creo tiende á aumentar los peligros de la hemorragia post-puerperal. Para que el útero esté bastante retraído y no haya temor de verle distendido por la sangre es necesario que transcurra cierto tiempo después del nacimiento del niño, á fin de que puedan formarse los coágulos en los senos uterinos cuyas bocas abiertas cierran. McClintock ha indicado la importancia de esto; en concepto suyo, es indispensable dejar transcurrir quince ó veinte minutos después del nacimiento del niño antes de hacer ningún ensayo para extraer la placenta. Creo que esta regla es buena y segura, porque permite á la placenta desprenderse por completo y á la sangre coagularse en los senos uterinos. Durante este intervalo el médico ó la enfermera se colocará cerca de la cama, con la mano sobre el útero, para asegurarse de la retracción y prevenir la distensión, pero sin amasarle ni comprimirle con fuerza. Transcurrido suficiente tiempo, puede procederse á efectuar la expulsión.

Expresión
de la placenta.
Su objeto.

Importancia
de
no extraer
prontamente
la placenta.

Modo
de
efectuar
la expresión de la
placenta.

Entonces se coge el fondo con la palma de la mano izquierda, aplicando bien por detrás de él el borde cubital de la mano, y cuando se nota que se endurece el útero se ejerce una presión fuerte y continua hacia abajo y atrás en el eje del estrecho superior de la pelvis. Si se hace convenientemente esta maniobra y una compresión bastante fuerte, en casi todos los casos el útero expulsará la placenta con los coágulos que contiene su cavidad (fig. 109). La cara uterina de la placenta se expulsa generalmente primero; el cordón queda con las membranas; por el con-

Fig. 109.

*Expulsión de la placenta.*

trario, cuando la placenta se extrae por tracción, la cara fetal y el cordón son los que aparecen primero (fig. 108). Si no conseguimos nuestro objeto al primer esfuerzo, lo que rara vez ocurre si no se intenta la extracción demasiado pronto, podemos esperar á que se verifique otra contracción y comenzar de nuevo la compresión. Repito que con un poco de práctica puede expulsarse completamente la placenta de este modo diez y nueve veces de cada veinte sin tocar el cordón, y el temor imaginario de ver retenida la placenta en el útero dejará de ser origen de terror.

Si no conseguimos nuestro intento provocando al útero

á que expulse la placenta, haremos un examen vaginal, y si la placenta está por completo en la vagina, la extraeremos con precaución; pero si el cordón, seguido á través del orificio, revela que la placenta está aún en la cavidad uterina, deberemos recurrir de nuevo á la compresión para expulsarla, y no ensayar extraerla por tracción. Estos casos pueden colocarse perfectamente en el grupo de los de placentas adheridas; pero son raros y los estudiaremos en otra parte. Si un mis no tocólogo los observa á menudo, es sin duda alguna que no está bastante familiarizado con el arte de tratar este estadio del parto. Generalmente debe expulsarse la placenta veinte minutos después del nacimiento del niño; pero sin duda, en la gran mayoría de casos, se hará la expulsión más pronto si se juzgase conveniente.

Expulsada la placenta, quedan aún las membranas en la vagina; debe torcérselas y extraérselas suavemente, de modo que no quede de ellas ninguna porción. Se disminuyen los riesgos de este accidente, recibiendo la placenta en la palma de la mano y evitando toda tracción de las membranas. No han terminado aún con esto los deberes del médico. Por espacio de diez minutos lo menos después de la expulsión de la placenta colocará su mano sobre el útero fuertemente contraído, comprimiéndole suavemente, sin fuerza, para provocar una retracción enérgica y regular que le desembarace de todos los coágulos que han podido formarse en su interior.

El bienestar consecutivo y la seguridad de la mujer pueden obtenerse administrándola en este momento una buena dosis de cornezuelo de centeno, 1,50 gramos ó más de extracto líquido. La propiedad que posee este agente de producir una contracción tónica y persistente de las fibras del útero hace que sea muy útil como oxiótico durante el parto, y que tenga un valor especial después del alumbramiento, cuando precisamente lo que deseamos obtener es esa contracción. Hace tiempo que tengo la costumbre de administrar dicho medicamento en ese período, y creo que tiene gran valor, no sólo como profiláctico de la hemorragia, sino como medio de disminuir los dolores consecutivos al parto.

Extracción
de las
membranas.

Debe continuarse
la compresión
del útero du-
rante algún
tiempo después
de la expulsión
de la placenta.

Administración
del
cornezuelo
de
centeno.

Aplicación
del vendaje.

Después de habernos asegurado de que el útero está retraído de un modo permanente, podemos aplicar el vendaje, pero nunca antes de la media hora del nacimiento del niño. Los vestidos sucios se sacarán con suavidad de la cama, moviendo lo menos posible á la mujer y deslizando al propio tiempo el vendaje por debajo de ella, cuidando de que abrace bien las caderas y de que ofrezca al cuerpo un apoyo sólido. No hay mejor vendaje que un pedazo de tela resistente y de suficiente ancho para extenderse de los trocánteres al cartilago ensiforme; una servilleta ó una toalla, llenan muy bien el objeto. Todo ello es preferible, al menos al principio, á esos vendajes hechos *ad hoc* y de que se hace uso á menudo. Una ó dos servilletas dobladas se aplican generalmente sobre el útero y forman una almohadilla, que verifica la compresión uterina. Una vez en su sitio el vendaje, se aprieta y sujeta con alfileres. No es posible negar la utilidad de un vendaje bien aplicado después del parto, aunque desde hace algunos años sea moda el prescindir de él. Ofrece verdadero sostén á las paredes abdominales relajadas, verifica cierta compresión sobre el útero y tiende á reformar el talle de la mujer. Aplicado el vendaje, se coloca una servilleta caliente sobre la vulva para apreciar la importancia del flujo y puede dejarse descansar á la mujer.

Tratamiento
consecutivo.

A menos que el parto haya sido muy largo y fatigoso, es enteramente inútil administrar el opio, como suele ser de rutina; sin embargo, puede convenir dejarlo á la enfermera para que se lo dé á la parida si no puede dormir ó si son muy penosos los dolores consecutivos al parto. El médico puede abandonar entonces la habitación, pero no la casa, pues no debe marcharse de ella sino una hora lo menos después del parto. Antes de hacerlo verá de nuevo á la parida, examinará la servilleta para ver si es muy abundante el flujo y se asegurará de que el útero está retraído y no distendido por coágulos. Contará también el pulso, que debe tener su rapidez normal si la mujer se halla en un estado satisfactorio. Si tiene más de 100 pulsaciones por minuto, no deberá el médico por ningún pretexto abandonar á la mujer, pues tal rapidez hace sumamente probable la inminencia de una hemorragia. Esta es

una buena regla práctica, establecida por McClintock en su excelente tratado *Del pulso en el sobreparto*, y cuya observación ha salvado á menudo á la mujer de desastrosas consecuencias.

Antes de abandonar el médico la casa exigirá que la habitación de la parida se halle á media luz y prohibirá toda visita, dejando á la enferma tranquila todo lo más posible para reponerse de la sacudida del parto.