

cuantes. Si hay síntomas tifoideos: ácido fosfórico (tártaro cítrico) en bebida. Si hay diarrea rebelde:

3.º \mathcal{Z} Infusion de hojas de digital... 200 gr.
Acetato de potasa (ó crémor tártaro)... 4 —
1 cucharada cada 2 horas. (Spaeth.)

\mathcal{Z} Polvos de alumbre... 1^{er}.50
Tanino puro... 0^{er}.40 á 0^{er}.80
Opio puro... 0^{er}.07
Azúcar blanco... 2^{er}.00

Div. en 6 partes; 1 cada 2 horas.

Si hay escalofrios, quinina. Si hay delirio por las noches:

\mathcal{Z} Alcanfor... 0^{er}.40
Azúcar blanco... 4^{er}.00

Div. en 6 papellitos; 1 cada 2 horas.

Si hay colapso, vino:

\mathcal{Z} Decocion de cortezas de quina... 200 gr.
Tintura de valeriana... 4 —
Jarabe de cortezas de naranjas... 20 —
1 cucharada cada 2 horas.

CAPÍTULO III

PARTOS Y MANIOBRAS.

Presentaciones. — Posiciones. — Diagnóstico de las posiciones. — Presentaciones de vértice, — de cara, — de nalgas, — de costado. — Mecanismo del parto espontáneo. — Parto propiamente dicho. — Cuidados despues del parto, — despues de la expulsion de la placenta; del recién-nacido. — Embarazo de gemelos. — Accidentes que pueden sobrevenir durante el parto natural. — Cuadro sinóptico de las hemorragias del útero. — Malas presentaciones del feto. — Expulsion de la placenta. — Estrecheces de la pélvis y vicios de conformacion. — Conducta del comadron en la estrechez. — Versiones cefálica, pelviana ó podálica. — Forceps. — Aplicaciones directas en la presentacion de vértice. — Aplicaciones oblicuas en la presentacion de vértice. — Complicaciones y dificultades del forceps. — Presentacion de nalgas. — Cráneotomía. — Cefalotripsia. — Parto prematuro, artificial. — Aborto provocado. — Operacion cesárea.

628. **Presentaciones.** — Reconocer con el dedo (tacto), el palpamiento y la auscultacion del abdómen si el niño se presenta

1.º por *el occipucio*; — 2.º por *la cara*; — 3.º por las nalgas; — 4.º por el tronco ó de costado (derecho ó izquierdo).

629. **Posiciones.** — Reconocida la presentacion, buscar las relaciones que existen entre la parte fetal que se presenta y la pélvis materna, es decir, la *posicion* del niño.

1.º Occipucio.	} <i>Occipito-</i>	}	iliaca izquierda anterior... 1. ^a posicion.
			— derecha posterior... 2. ^a —
			— derecha anterior... 3. ^a —
			— izquierda posterior... 4. ^a —
2.º Cara 1.º...	} <i>Fronto-</i>	}	iliaca izquierda anterior... 1. ^a posicion.
			— derecha posterior... 2. ^a —
			— derecha anterior... 3. ^a —
			— izquierda posterior... 4. ^a —
3.º Pélvis...	} <i>Sacro-</i>	}	iliaca izquierda anterior... 1. ^a posicion.
			— derecha posterior... 2. ^a —
			— derecha anterior... 3. ^a —
			— izquierda posterior... 4. ^a —
4.º Tronco...	} <i>Hombro</i>	} <i>cefalo-</i>	iliaca izquier., dorso anter., 1. ^a posicion.
			derecho — derecha, — poster., 2. ^a —
			Hombro — derecha, — anter., 3. ^a —
			izquierdo — izquier., — poster., 4. ^a —

Las posiciones transversales, muy raras, son primitivamente posteriores en via de transformarse en anteriores (Toulin).

630. **Diagnóstico de las posiciones.** — Presentaciones de vértice. — Por el tacto vaginal se siente la cabeza en el estrecho superior de la pélvis. *Punto de guia*: sutura sagital y fontanelas (fig. 374).

I. *Occipito-iliaca izquierda anterior ó primera posicion de vértice.* — *Occipucio en la cavidad cotiloidea izquierda*, frente á la sínfisis sacro-iliaca derecha; sutura sagital oblicua de izquierda á derecha y de delante atras; la espalda hácia delante é izquierda; máximum del ruido del corazon fetal en la fosa iliaca izquierda, mas arriba del ombligo (fig. 375).

DIAGNÓSTICO. — Antes del trabajo, se reconoce al tacto una superficie redondeada, dura, que baja á veces hasta el suelo de la pélvis.

1. Segun Joulin, esta clasificacion es más ventajosa como medio nemotécnico que la antigua, en la cual se adoptaba el menton como punto de guia. En esta basta retenir las cuatro posiciones del vértice ú occipucio. En las otras basta reemplazar la palabra *occipito*, por las palabras *fronto*, *sacro*, *cefalo*. Exceptúase solamente el hombro izquierdo, en el que la segunda posicion reemplaza á la primera. Joulin, *Traité complet d'accouchement*, 1866, pág. 522.

Durante el trabajo el dedo encuentra en la excavacion un tumor esférico formado por el vértice, — la sutura sagital obli-

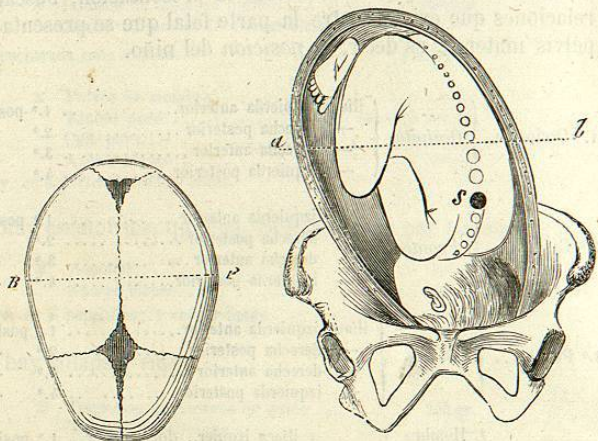


Fig. 374. — Cabeza del feto vista por el vértice.

Fig. 375. — Presentacion de vértice (*).

cua de izquierda á derecha y de delante atras en la fosa iliaca, — la fontanela posterior ó triangular.

II. *Occipito-iliaca derecha posterior ó segunda posicion.* — Occipucio correspondiendo á la sínfisis sacro-iliaca derecha; la frente á la cavidad cotiloidea izquierda; latidos del corazon en la fosa iliaca derecha, debajo del ombligo.

DIAGNÓSTICO. — Sutura sagital oblicua de delante atras y de izquierda á derecha; fontanela anterior ó losángica en la fosa iliaca izquierda.

III. *Occipito-iliaca derecha anterior ó tercera posicion.* — El occipucio se encuentra en la fosa iliaca derecha; la frente corresponde á la sínfisis sacro-iliaca izquierda; espalda hácia delante y la derecha; máximum del ruido del corazon fetal en la fosa iliaca izquierda.

DIAGNÓSTICO. — Sutura sagital oblicua de derecha á izquierda y de delante atras; — fontanela posterior ó triangular en la fosa iliaca derecha.

IV. *Occipito-iliaca izquierda posterior ó cuarta posicion.* —

(* *ab*, línea ficticia horizontal, pasando un poco por debajo del ombligo; *s*, punto del máximum de intensidad de los ruidos del corazon.

El occipucio corresponde á la sínfisis sacro-iliaca izquierda, la frente á la cavidad cotiloidea derecha.

DIAGNÓSTICO. — Sutura sagital oblicua de izquierda á derecha y de atras hacia delante; — fontanela anterior ó losángica en la fosa iliaca izquierda.

En las posiciones transversales el occipucio ocupa la mitad del borde liso de la semi-circunferencia de la pélvis, á derecha ó izquierda.

DIAGNÓSTICO. — Sutura sagital colocada transversalmente.

631. **Presentaciones de cara.** — En las dos posiciones principales de la cara las relaciones del feto son absolutamente las mismas que en las dos posiciones principales del vértice, puesto que la presentacion de cara no es más que una irregularidad de la de vértice (Penard).

I. *Fronto-iliaca izquierda anterior ó primera posicion* ¹. — El menton situado hácia atras en relacion con la sínfisis sacroiliaca derecha; la frente hácia adelante é izquierda, el occipucio más ó ménos aproximado de la nuca, la espalda hácia adelante é izquierda; latidos del corazon en la parte izquierda del abdomen (fig. 376).

DIAGNÓSTICO. — Parte fetal más elevada, bolsa de las aguas voluminosa; ausencia de sutura, de fontanelas; si el cuello está muy abierto, tratar de reconocer con el dedo la frente, la nariz, la boca ó el menton.

II. *Fronto-iliaca derecha posterior ó segunda posicion* ². — El menton en relacion con la eminencia ileo-pectinea izquierda; la frente hácia atras y la derecha, (fig. 377); la espalda vuelta á la derecha; los ruidos del corazon fetal débiles, en la fosa iliaca derecha.

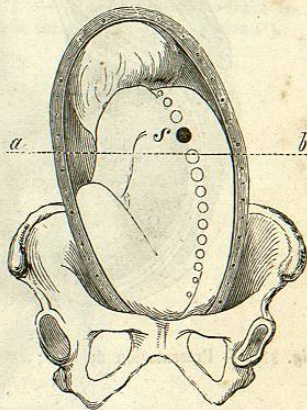


Fig. 376. — Presentacion sacro-iliaca izquierda anterior (*).

(* *ab*, línea ficticia horizontal pasando un poco más arriba del ombligo; *s*, sitio del summum de intensidad de los ruidos del corazon.

1. Mento-iliaca derecha posterior (P. Dubois, Cazeaux, Chailly, Jacquemier, Pajot).

2. Mento-iliaca izquierda anterior de los autores.

DIAGNÓSTICO. — Situación respectiva de las diferentes partes de la cara.



Fig. 377. — Presentación de cara; cabeza en la excavación; rotación terminada.

632. Presentación de pélvis (ó de nalgas). — I. *Sacro-iliaca izquierda anterior ó primera posición.* — Pélvis en el orificio uterino; cabeza hácia arriba; espalda adelante é izquierdo hácia adelante y derecha; lado derecho hácia la izquierda y atras (fig. 378).

DIAGNÓSTICO. — Parte fetal elevada, dilatación lenta; bolsa voluminosa; ruidos del corazón fetal á la izquierda y más arriba del ombligo; al tacto, después de notar las membranas, punta del cóccix hacia atrás y á la derecha, continuándose con el surco situado entre los glúteos; en este surco orificio anal; presencia ó ausencia de meconio; presencia de órganos sexuales en el feto.

II. *Sacro-iliaca derecha posterior ó segunda posición.* —

Nalgas en el orificio uterino; cabeza en el fondo de la matriz; espalda hácia atrás y á la derecha; vientre hácia adelante é izquierda; lado derecho hácia adelante y á la derecha; lado izquierdo al contrario; máximo del ruido del corazón fetal á la izquierda y más arriba del ombligo; punta del cóccix hácia adelante y á la izquierda (fig. 379).

DIAGNÓSTICO. — A no haber dilatación muy considerable, el dedo no puede reconocer nada; preciso es acudir á la

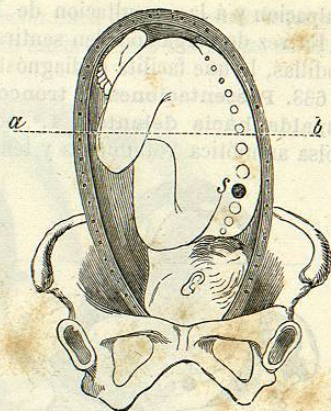


Fig. 378. — Presentación fronto-iliaca izquierda anterior ó primera posición (*).

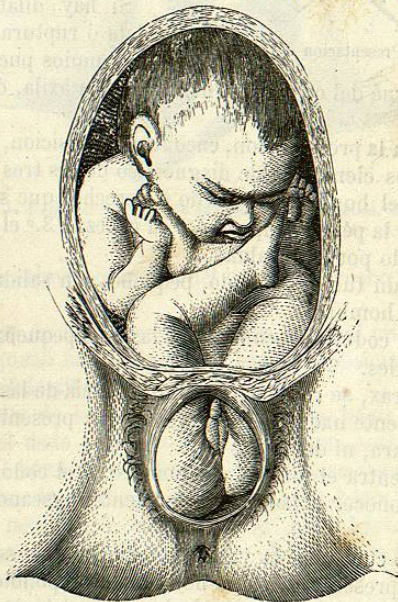


Fig. 379. — Presentación pelviana ó de nalgas, espalda hácia atrás y á la derecha, nalgas en el estrecho inferior.

(*), *ab*, línea ficticia horizontal pasando un poco por debajo del ombligo; *s*, sitio del summum de intensidad de los ruidos del corazón.

palpacion y á la auscultacion de los ruidos del corazon fetal. En vez de nalgas pueden sentirse (tocarse) los piés, talones ó rodillas, lo que facilita el diagnóstico.

633. Presentaciones de tronco. — Céfaló-iliaca izquierda, espalda hácia delante ó 1.^a posicion: Parte fetal elevada, bolsa amniótica voluminosa y tensa; forma oblicua del útero;

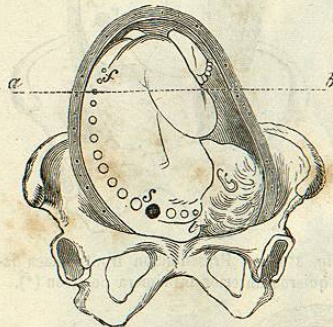


Fig. 380. — Presentacion de tronco (*).

Si hay dilatacion completa ó ruptura de la bolsa del amnios puede el dedo tocar el pliegue del codo, ó el hombro, ó la áxila, ó el tórax, ó nada.

Reconocida la presentacion, encontrar la posicion, para lo cual se buscan dos elementos de diagnóstico de los tres siguientes: 1.^o el lado del hombro (izquierdo ó derecho) que se presenta; 2.^o el lado de la pélvis ocupado por la cabeza; 3.^o el punto de la pélvis ocupado por la espalda.

Si se toca un tumor redondo, pequeño, con salida ósea en el centro, es el hombro.

Si fuese el codo, se reconoce por las tres pequeñas tuberósidades inmóviles.

Si es el tórax, se reconoce por la presencia de las costillas.

Si no se siente nada, no es tal vez ni una presentacion de cabeza, ni de cara, ni de nalgas.

Si se encuentra el muñon del hombro, ó el codo, ó el tórax, tratar de reconocer el lado que se presenta, buscando el pliegue de la áxila.

Si el brazo cuelga de la vagina, el diagnóstico se facilita; la mano que se presenta indica el hombro correspondiente. *Volver hácia arriba la cara palmar de la mano del niño, el pulgar se coloca siempre del lado del muslo de la madre, homónimo del hombro que se presenta (fig. 381).*

(* *ab*, línea ficticia horizontal pasando por debajo del ombligo; *sf*, línea mayor indicando la disminucion de los ruidos; *sl*, línea menor de disminucion.

Si el dorso de la mano *derecha* mira hácia el muslo izquierdo de la madre y el dedo pequeño hácia el arco del púbis, se diag-

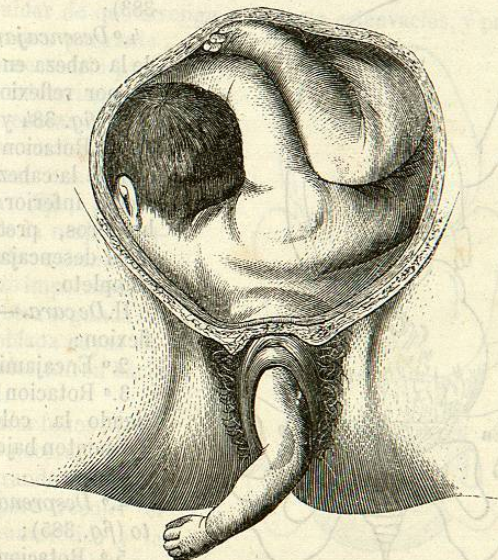


Fig. 381. — Posicion del hombro izquierdo; 2.^a posicion, brazo de fuera.

nosticará la primera posicion del hombro derecho (*Céfaló-iliaco izquierdo*).

Si el dorso de la misma mano mira hácia el muslo derecho y el dedo pequeño hácia el perineo, segunda posicion del hombro derecho (*Céfaló-iliaca derecha*).

Si el dorso de la mano *izquierda* mira hácia el muslo izquierdo y el dedo pequeño hácia el perineo, será una primera posicion del hombro *izquierdo* (*Céfaló-iliaca izquierda*).

Si el dorso de la mano *izquierda* mira hácia el muslo derecho y el pequeño dedo ó auricular mira hácia el púbis, se diagnosticará una segunda posicion del hombro *izquierdo* (*Céfaló-iliaca derecha*¹⁾.

634. Mecanismo del parto espontáneo. — Cinco tiempos:

1. *Por el vértice*. — 1.^o Reduccion del volúmen de las partes fetales, ó flexion;

1. Penard, *Guide de l'accoucheur*, pág. 149.

- 2.º Encajamiento (fig. 382);
- 3.º Rotacion produciendo la marcha del occipucio hácia la sínfisis del púbis (fig. 383);

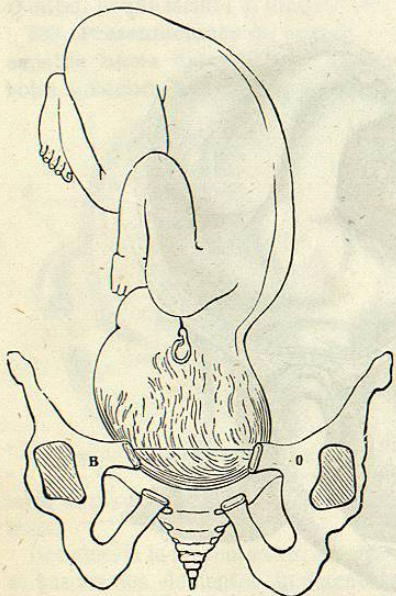


Fig. 382. — Primer tiempo del mecanismo del parto de cabeza (*).

cediendo al desprendimiento completo.

III. *De nalgas.* — Como en el vértice; solamente que el sacro reemplaza al occipucio.

635. *Parto propiamente dicho.* — I. *Vértice ó cara.* (Llevar siempre consigo estuche de partos, forceps, estetoscopio, tubo laríngeo, unos cuantos gramos de cornezuelo, láudano, cloroformo.) — Asegurarse:

- 1.º Que hay embarazo;
- 2.º Si está á término;
- 3.º Si ha comenzado el trabajo (dolores, desaparicion completa del cuello con principio de dilatacion del orificio interno);
- 4.º Si el orificio no está dilatado, guardarse de romper las membranas; acostar la enferma, colocar una almohada ó cojín bajo su pélvis y esperar la dilatacion;
- 5.º Si el orificio está *completamente* dilatado, indagar la pre-

(* OB, diámetro occipito-bregmático poniéndose en relacion con el diámetro oblicuo derecho del estrecho superior.

sentacion, aun cuando haya que emplear varios dedos ó toda la mano;

- 6.º Averiguar qué parte se presenta;
- 7.º Cuidar de que lavejiga y el recto estén vacíos, y prescribir una lavativa purgante; en caso necesario practicar el cateterismo;
- 8.º Preparar ó hacer preparar un lecho ordinario con una sábana doblada, fija, bajo la pélvis de la mujer; cubrir esta sábana con un lienzo impermeable; colocar otra segunda sábana doblada cuyas extremidades miren hácia los piés.

Preparar todos los accesorios necesarios: esponja grande ó tohallas viejas para recojer el líquido amniótico y la sangre en coágulos; varias vasijas; una mesa pequeña guarnecida de sábanas para recibir el niño; tohallas viejas; telas usadas; vendaje de cuerpo y compresa umbilical; cerato; aceite ó manteca fresca; temperatura media; hilo encebado para ligar el cordón; agua caliente; tijeras; semicupio,

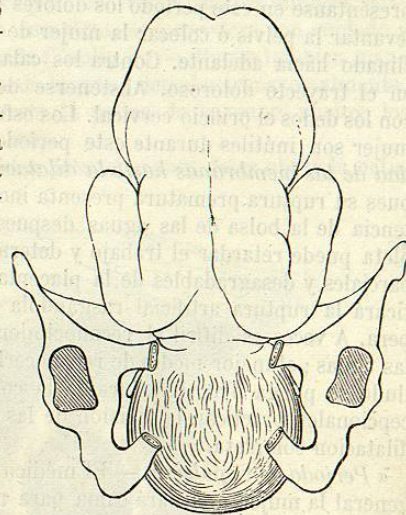


Fig. 383. — Tercer tiempo; rotacion terminada.

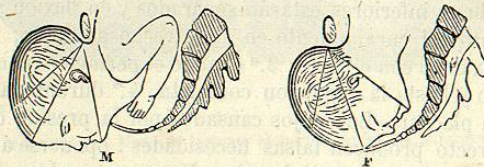


Fig. 384 y 385. — Cuarto tiempo.

cubo grande, ó vasija de barro; ver si los primeros vestidos del niño están completos.

« Durante el período de dilatacion dejar enteramente libres los movimientos de la mujer; ninguna posicion especial, á no ser que haya indicacion particular. Si el cuello del útero se dirige

muy arriba y atras, acostar la mujer con la pélvis levantada sobre un cojin, hasta que el orificio del útero vuelva á tomar su posicion normal. Si la dilatacion es lenta á pesar de las contracciones enérgicas, baño de piés para favorizarla. Sobre todo, preséntanse en este período los dolores renales; para calmarlos levantar la pélvis ó colocar la mujer de rodillas y el cuerpo inclinado hácia adelante. Contra los calambres, fricciones secas en el trayecto doloroso. Abstenerse de dilatar artificialmente con los dedos el orificio cervical. Los esfuerzos voluntarios de la mujer son inútiles durante este período. *Respetar la integridad de las membranas hasta la dilatacion completa del cuello*, pues su ruptura prematura presenta inconvenientes. La persistencia de la bolsa de las aguas despues de la dilatacion completa puede retardar el trabajo y determinar desprendimientos parciales y desagradables de la placenta. En este caso se practicará la ruptura artificial rasgándola con la uña un poco áspera. A veces es difícil el reconocimiento de la evacuacion de las aguas; el mejor medio de reconocerlo será si el cuello cabelludo se pliega ó arruga durante la contraccion. En casos excepcionales practicar la division de las membranas ántes de la dilatacion completa.

« *Período de expulsion.* — El médico no debe ausentarse: en general la mujer guardará cama para no exponerse á los accidentes que pueden sobrevenir si pariese de pié. Si el borde anterior del orificio uterino se encuentra pellizcado entre la sínfisis y la presentacion forma un rodete voluminoso, será preciso rechazarlo suavemente hácia arriba, en el intervalo de las contracciones. La mujer guardará el decúbito dorsal. En las presentaciones de nalgas, colocar la mujer en el sentido transversal de la cama, para facilitar la intervencion. En el parto de vértice, los miembros inferiores estarán separados y en flexion: 1.º en el momento del encajamiento en el estrecho superior; 2.º durante el exámen con el tacto; 3.º cuando el perineo se encuentra distendido y hasta la expulsion completa; 4.º durante la expulsion de la placenta. Los pujos causados por la presion del feto sobre el recto producen falsas necesidades: oponerse á que la mujer se levante para satisfacerlas. Poner coto a los esfuerzos voluntarios de la parturienta y prohibirlos si son prematuros ó molestan en el último período del trabajo. No descubrir la mujer sino en el momento en que el feto pasa la vulva. Poner el mayor esmero para que el anillo vulvar se dilate lenta y progresivamente, único medio de evitar la desgarradura del perineo. Se ha recomendado el precepto de sostener el perineo; es preferible aplicar verticalmente los dedos sobre la presentacion.

De ese modo se regula mejor la progresion. Si la amplitud de la vulva fuese insuficiente para el paso del niño sin desgarrarse, practicar con tijeras una pequeña incision en el lado del labio mayor, hácia su parte inferior. Es dudoso que el paso de los hombros pueda romper el perineo. Unos cuantos minutos despues del alumbramiento completo, se procederá con cuidado y rapidez al aseo de la parida (Toulin.) » — Puede tambien mantenerse el perineo aplicando la mano derecha transversalmente, ó con la parte superior de la palma de la mano, vueltos los dedos hácia el ano (fig. 386).

II. *De nalgas.* — En estas presentaciones dejar obrar la natu-

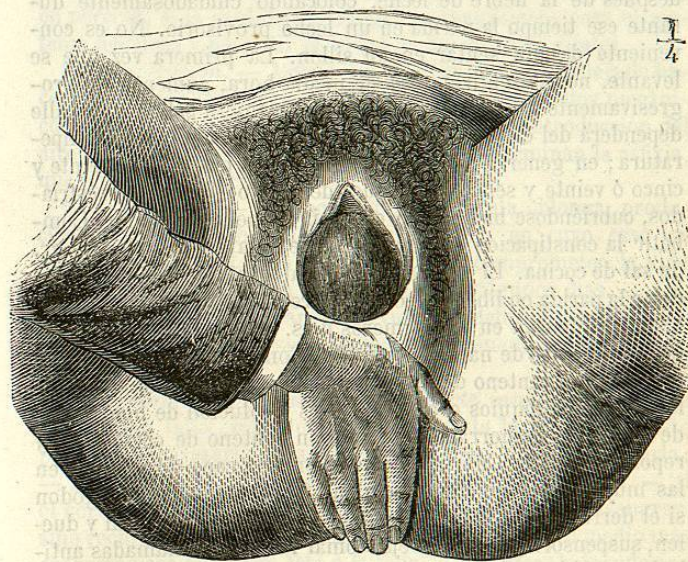


Fig. 386. — Modo de sostener el perineo en el decúbito dorsal.

raleza y abstenerse de toda intervencion; no tirar de los miembros inferiores sino en caso de peligro para la madre ó el niño. Si este no estuviere retenido más que por la cabeza ó los hombros, desencajar estas partes principalmente en las primíparas, para evitar la compresion prolongada del cordon. En caso de que haya suspension del trabajo, ver 658.

636. **Cuidados que hay que observar despues del parto.** — « Aseo minucioso de la alcoba. No dejar ningun lienzo sucio. Lavar varias veces por dia la vulva y cambiar á menudo las servilletas que la cubren. En la primera visita examinar el pulso, su frecuencia, la sensibilidad del vientre, el estado de retraccion del útero. Averiguar si la parida ha orinado; si no, cateterismo. Tranquilidad física y moral, evitando las visitas en los primeros dias y toda emocion moral. Decúbito dorsal en los primeros dias: así comerá y hará sus necesidades, sirviéndose para esto último de un orinal plano, calentado ligeramente. Permanecer por lo ménos nueve dias en la cama; si es posible dos semanas. Cambiar ó arreglar los lienzos de la cama, por la primera vez despues de la fiebre de leche, colocando cuidadosamente durante ese tiempo la parida en un lecho provisorio. No es conveniente dejarla sentar en un sillón. La primera vez que se levante, no consentirlo más de media hora, aumentando progresivamente los dias siguientes. La primera salida á la calle dependerá del estado de la parida, de la estacion y de la temperatura; en general puede permitírsela un paseo á los veinte y cinco ó veinte y seis dias despues del parto. Evitar los resfriados, cubriéndose bien; pero evitar igualmente el sudor. Combatir la constipacion con un cuarto de lavativa con 30 á 40 gr. de sal de cocina. El apetito en general bastante nulo, permite dejar la parida en libertad; conviene recomendar caldos y sopas, los cuales bastan en los primeros dias. Por bebida comun, infusion de hojas de naranjo y de tilo. Contra los dolores vivos y persistentes, centeno de cornezuelo, luego láudano. Modificar la fetidez de los lóquios con inyecciones y solucion de hipoclorito de soda. Las hemorragias tardías con centeno de cornezuelo y reposo completo. Cubrir los senos con una capa de algodón en las mujeres que no crían: cambiar frecuentemente el algodón si el derrame de leche es abundante. Si los senos pesan y duelen, suspensorios dobles. Dejar tomar las tisanas llamadas anti-lechosas, si la parida lo desea. Los purgantes son más útiles en este caso. Administrar el agarico blanco si hay galactorrea persistente (Toulin). » (1 á 2 gr. por dia).

637. **Despues de la expulsion del feto.** — Acostar el niño sobre la espalda, cerca de la vulva, y, así que se establezca la respiracion, cortar el cordón entre dos ligaduras, á tres ó cuatro centímetros del ombligo. — Colocar luego el niño sobre una mesa ó sobre las piernas de un ayudante y limpiar la materia sebácea con fricciones, los dedos cubiertos de cerato, aceite ó manteca, ó con la yema de un huevo, y terminar la limpieza con un lienzo seco ó agua tibia y una esponja. — Vestir, comen-

zando por la cabeza, bien seca. — Luego, así que la parte superior del cuerpo esté vestida, colocar la compresa y la banda ombilicales; cuidando mucho de que durante estos primeros cuidados no se resfrie el niño.

638. **Cuidados que reclama el recién-nacido.** — 1.º *Asfixia.* Si la muerte es inminente, dos aspectos: 1.º cara tumefacta, inyectada, azulosa, piel del tronco morada y marcada con manchas lívidas; miembros inmóviles y cordón lleno de sangre; — 2.º cara y tegumentos pálidos, mandíbula colgante, miembros flojos y en la resolucion.

2.º *Hemorragias.* — Muy raras: resultan de una desgarradura del cordón y de la placenta. — El niño es pálido y descolorido, y, si no ha sucumbido ántes de su expulsion, no tarda en perecer, si la cantidad de sangre es insuficiente para el sistema nervioso y permitir el juego de los aparatos vitales.

3.º *Respiracion.* — Asfixia que impide la accion refleja de hacerse sentir en los nervios inspiradores. — Obstáculos mecánicos, tales como mucosidades, oponiéndose á la introduccion del aire en las vias aéreas. — Prolongándose, determinan la asfixia, que entónces es secundaria.

4.º *Inervacion.* — Alteraciones de la médula oblonga, produciendo la muerte inmediata; ó del cerebro, en cuyo caso los accidentes inflamatorios formidables que comprometen la vida del feto no se presentan sino al cabo de algunos dias. — Así, pues, las lesiones del aparato nervioso no determinan sino muy raramente, por ellas mismas, la muerte inminente en el momento del nacimiento¹.

5.º *Tratamiento del estado de muerte inminente.* — Si la respiracion falta, introducir el dedo hasta la faringe del feto para desembarazarla de las mucosidades que pueden obliterarla; — si la cara está congestionada, dejar sangrar el cordón. — Si el cordón no dá sangre, no perder tiempo en hacerlo sangrar, sino recurrir en seguida á la insuflacion pulmonar, el medio más enérgico para volver el feto á la vida. — Practicar la insuflacion con el tubo de Chaussier. — Colocar el niño de espaldas, la cabeza un poco vuelta hácia atras; — levantar la epiglótis comprimiendo de atras hácia adelante la base de la lengua; — introducir el tubo un poco inclinado hácia un lado, hasta que su extremidad laríngea llegue á la glótis; — levantarlo trayéndolo á la línea media, penetrando entónces fácilmente en la laringe; asegurarse de que está bien colocado. — Para evitar el regreso del aire por la boca y las narinas, cerrar estas aberturas con una

1. Ver *Asfixia*, método Sylvester.

compresa fina sobre la cual se aplican los dedos bastante exactamente, con el objeto de producir una obliteracion completa. — Mantener el niño bien abrigado y caliente. — Insuflarlo lentamente, con cierta fuerza, 10 á 12 veces por minuto; — ejercer presiones metódicas en el pecho para favorecer las inspiraciones profundas. Quitar el tubo para limpiar las mucosidades que suelen obstruirlo. — Continuar las insuflaciones hasta produccion de seis á ocho inspiraciones espontáneas por minuto, á veces durante más de una hora ántes de que el niño no necesite más este socorro. — Si los latidos del corazon cesan completamente, perder toda esperanza de éxito. — La insuflacion suele ser eficaz aun cuando no se practique sino algunas horas despues del nacimiento. — La única contraindicacion consiste en el silencio del corazon. — Aspersiones frias, inmediatamente seguidas de un baño caliente con mostaza en abundancia; — fricciones enérgicas con franela, alcohol ó un lienzo mojado; — ducha torácica con un líquido alcohólico proyectado en la boca.

Si el estado de muerte inminente depende de una hemorragia del cordón ó de los vasos de la placenta, evitar sobre todo el resfriamiento del niño.

6.º *Estado de debilidad congenital.* — Las lesiones se sitúan en los aparatos de la respiracion ó de la digestion. — En el primer caso, combatir la tendencia al resfriamiento, envolviendo al recién-nacido en algodón y aplicando botellas de agua caliente; hacerle gotear leche en la boca si la debilidad le impide tomar el seno. La pepsina conviene á la determinacion de una digestion artificial, cuando el desarrollo incompleto del aparato digestivo impide ó suspende la asimilacion de los alimentos.

639. *Embarazo gemelar.* — Se reconoce por el volumen del útero y el doble ruido fetal: obrar como en el parto ordinario. No extraer las placentas sino despues de la expulsion de los dos fetos. Ligar del lado materno el cordón del primer feto expulsado. Al extraer las parias, no tirar más que de un solo cordón. No apresurarse en hacerlo y esperar á que haya congestión manifiesta. Conviene administrar una dosis de centeno de cornezuelo despues de la extraccion de ambas placentas.

640. *Accidentes que pueden sobrevenir durante el parto natural.*

Contra la inercia del útero: Fricciones hipogástricas, titilacion del cuello, ejercicio: si hay debilidad, vino viejo, vinos alcohólicos.

Si el orificio está completamente dilatado, la presentacion

buená y conocida, las membranas rotas, la pélvis bien conformada, la mujer *no primípara*: administrar el centeno de cornezuelo (2 gramos en 4 tomas), ó bien forceps.

Si hay distension extrema del útero y dilatacion, romper las membranas.

Contra la irregularidad de las contracciones: Sangría en caso de plétora; baños generales prolongados; inyecciones calmantes; cuartos de lavativa laudanzados; inhalaciones de cloroformo.

Contra la rigidez del cuello: Si la tension es plétórica, sangría del brazo, baños generales, inhalaciones de cloroformo, fricciones en el cuello con extracto de belladona; sino una ó varias incisiones de algunos milímetros en los puntos más tirantes, con un bisturí bien botonado.

Contra la resistencia del perineo: Si la cabeza asoma por la vulva, ó si la cabeza permanece en las cavidades 4 ó 5 horas sin avanzar, suponiendo que las membranas estén rotas: — forceps.

Contra la oblicuidad anterior y extrema del útero: Tratar de tirar con el índice y de mantener el orificio uterino hácia el centro de la excavacion; en casos extremos dividir transversalmente con un bisturí convexo, en una extension de 5 á 6 centímetros, la parte más reculada del segmento de la matriz que se presenta en el campo del espéculo.

Contra la pequeñez del cordón ombilical: Aplicar cuanto ántes el forceps. Si el cordón está enredado alrededor del cuello, desenredarlo y cortar: si es demasiado corto tirar del feto hasta que se pueda cortar. Asegurarse bien de que la matriz no está inclinada, en cuyo caso se le hará tomar su forma.

Contra la hemorragia: 1.º Antes del 6.º mes (ver 626).

Despues del 6.º mes: Si se repite varias veces seguidas es probable que la placenta se encuentre situada en el segmento inferior del útero, prescribir el decúbito dorsal; pélvis elevada; bebidas frescas, aciduladas; percloruro de hierro (0^{gr},50 á 1 gr. en pocion); agua hemostática. Si el orificio está suficientemente dilatado, romper las membranas, esperar y administrar centeno de cornezuelo.

En casos graves y al principio del trabajo, tamponamiento con hilas, yesca con percloruro de hierro. Si el orificio está dilatado un poco, centeno de cornezuelo si la cabeza se presenta, y ruptura de las membranas así que haya contracciones.

Si la dilatacion es completa y la hemorragia muy grave, abreviar el parto practicando la version, si la cabeza se encuentra encima del orificio; forceps, si está en la excavacion.