

Si el feto está muerto, esperar aun cuando la placenta se inserte en el cuello (Moreau).

Ser parco en el uso del centeno, si se prevé que habrá de hacerse la version. En el parto gemelar, si sobreviene hemorragia considerable despues del nacimiento del primer niño, extraer inmediatamente el segundo con el forceps ó hacer la version : preferir el forceps.

*Contra la resistencia opuesta por una vulva demasiado rígida :* Hacer una ó dos incisiones póstero-laterales, con tijeras bien cortantes (P. Dubois), y, si no basta, tomar la cabeza con el forceps y extraerla lentamente.

*Contra los tumores esquirrosos, y los pólipos del cuello de la matriz :* Observacion primeramente; luego dos ó tres incisiones en la parte sana del orificio; despues, aplicacion del forceps.

*Contra los quistes del cuello :* Puncion ó incision del quiste.

*Contra el edema de la vagina :* Escarificaciones á medida que avance la cabeza fetal.

*Contra los trombus :* Tratar de extraer el feto lo más pronto posible con el forceps ántes de que el trombus adquiera un volumen enorme : si nó, abrirlo y vaciar el foco sanguíneo.

*Contra los pólipos :* Dejarlos si son pequeños, resecarlos total ó parcialmente si pueden servir de obstáculo al parto.

*Contra la eclampsia (ver 624).*

*Contra la prociencia del cordon :* Tratar de reducir con la mano ó la sonda y obrar segun la parte que se presente. Si es el *hombro*, version.

Si es el *vértice* ó la *cara*, auscultar primero para saber si el niño vive: si vive, ensayar la reduccion con la mano. Introducir los cuatro últimos dedos en la vagina, tomar el asa del cordon entre las yemas de los dedos y tratar de dirigirlo hácia el útero, hasta más arriba del estrecho superior : llegado á él, esperar á que la cabeza se encaje francamente en la parte superior de la excavacion. Si el cordon vuelve á caer y la cabeza es movable, practicar la version. Si, al contrario, la cabeza no es movable, aplicar el forceps así que las arterias umbilicales comienzan á latir débilmente, y de una manera irregular.

Si es la *cara* la parte que se presenta; — *version*, si la cabeza está libre y situada en el estrecho superior; — *forceps*, si la cara está encajada en la pélvis menor.

*Contra la inclinacion del útero :* Reducir lo más pronto posible sin despejar la placenta.

*Contra la desgarradura del perineo :* (ver 563).

#### 641. Cuadro sinóptico de las hemorragias uterinas, y tratamiento.

##### 1.º EN LOS TRES ÚLTIMOS MESES.

1.º Hemorragia ligera, trabajo no comenzado.	Posicion horizontal, bebidas frias, lavativas con láudano.
2.º Hemorragia grave, pérdidas abundantes, síncope, vida en peligro (de la mujer), trabajo no comenzado.	Tampon durante más ó ménos tiempo hasta la dilatacion del cuello y aparicion de las contracciones; cuando el cuello comience á dilatarse, centeno de cornezuelo (P. Dubois).

3.º Hemorragia grave, cuello algo dilatado; membranas intactas.	Romper las membranas.
---	-----------------------

##### 2.º DURANTE EL TRABAJO. — A. Hemorragias ligeras.

4.º Cuello no dilatado, membranas intactas, hemorragia ligera.	Romper las membranas.
--	-----------------------

5.º Cuello dilatado, membranas intactas, hemorragia ligera.	Romper las membranas.
---	-----------------------

6.º Cuello dilatado, membranas rotas, hemorragia ligera.	Centeno de cornezuelo.
--	------------------------

7.º Cuello dilatado, etc., cabeza sobre el suelo de la pélvis.	Forceps.
--	----------

##### B. Hemorragias graves.

8.º Cuello cerrado, membranas intactas, hemorragia grave.	Tampon; despues centeno de cornezuelo.
---	--

9.º Cuello dilatado, membranas intactas, hemorragia grave.	Romper las membranas.
--	-----------------------

10.º Cuello algo dilatado, membranas rotas, hemorragia grave.	1.º Si la placenta no se encuentra en e orificio, version ó forceps; el centeno es inútil en este caso.
---	---

2.º Si la placenta se encuentra en el orificio :	
--	--

a) Atravesar la placenta con una sonda de mujer y hacer chorrear el líquido amniótico (Gendrin);	
--	--

b) Despejarla con la mano.	
----------------------------	--

11.º Cuello cerrado, membranas prematuramente rotas.	Centeno de cornezuelo; fricciones en e cuello con pomada de belladona. El tampon es inútil.
--	---

642. *Malas presentaciones del feto. — Posiciones inclinadas en el estrecho superior. —* Completa la dilatacion, romper las membranas, ensayar de colocar la cabeza en mejor posicion con los dedos ó una de las cucharas del forceps; en caso de no tener éxito y despues de aguardar 4 ó 5 horas, *version* : si la cabeza está enclavada, aplicar el forceps.

*Posiciones occípito-posteriores (2.ª y 4.ª) del vértice en la excavacion. —* Si falta el 4.º tiempo ó no hay rotacion : expectacion ó forceps.

*Posiciones occípito-transversales del vértice en el estrecho in-*

*ferior.* — Si la rotacion es incompleta tratar de corregirla con la mano introducida en el útero. No servirse del forceps sino cuando la mano no baste.

*Posiciones occipito-pubiana, occipito-sacra, con detencion en el estrecho superior.* — Aplicacion necesaria de forceps.

*Posiciones fronto-anteriores<sup>1</sup>, faltando la rotacion anterior.* — Colocar el menton hácia adelante con dos aplicaciones de forceps y 10 minutos de intervalo. Así se evita el volver la concavidad superior del instrumento hácia atras.

*Posiciones irregulares del sacro.* — Se enderezan solas. En caso contrario intervenir con la mano (ver 658).

*Presentacion inopinada del tronco.* — Version podálica.

*Presentacion del vértice ó de la cara con procidencia de un brazo.* — Tratar de reducir el brazo procidente; en caso de imposibilidad, expectacion ó version podálica.

*Presentacion del vértice ó de la cara con procidencia de un pié.* — Tratar de reducir; y en caso de no tener éxito, version pelviana. Si es imposible, aplicar el forceps. Si éste no basta, cefalotripsia.

643. **Alumbramiento ó expulsion de la placenta.** — 15 ó 20 minutos despues del parto, ligeras fricciones en el vientre para provocar las contracciones uterinas: titilacion del cuello. Seguir el cordon y asegurarse de que la placenta ha caido encima ó en el orificio: ejercer entónces ligeras tracciones pero prolongadas siguiendo los ejes de la pélvis hasta que se presente la placenta en la vulva: torcerlo varias veces en el mismo sentido y extraerlo: examinar si las parias están completas.

*Si hay pérdida de sangre:* titilacion al principio, luego compresas frias en los muslos y el vientre; introducir una esponja con vinagre en la vagina, y sobre todo centeno de cornezuelo (2 gr.).

*Si la placenta es muy voluminosa:* tracciones al principio, luego extraccion con la mano.

*Si el útero se contrae fuertemente:* expectacion al principio durante algunas horas, luego fricciones, titilacion; opiado en fricciones; cuartos de lavativa con láudano; extracto de belladona en el cuello; inhalaciones de cloroformo; á veces sangría del brazo, baños generales ó locales. Despues, introduccion forzada, lenta y gradual de la mano para desprender el placenta.

*Si el cordon ha sido desgarrado y no se le puede asir:* introducir la mano en el útero y arrancar la placenta. Practicar otro tanto, si la placenta no ha sido extraida completamente.

<sup>1</sup> Mento-posterior de los autores.

*Si la placenta fuese adherente:* expectacion 2 á 3 horas si es total, fricciones hipogástricas, titilacion del cuello; polvos de canela (0<sup>gr</sup>,50 á 1 gr.), pero no centeno, el cual impediria la introduccion de la mano para practicar la extraccion.

*Si la adherencia es parcial:* obrar con prontitud á causa de la hemorragia; introducir la mano en el útero, desprender la placenta con simples tracciones, y administrar durante esta maniobra un grano de centeno, para combatir la inercia.

No empeñarse en arrancar á toda costa las partes sólidamente adheridas. Dejarlas, pero hacer inyecciones uterinas con agua de camomila, de malvas, con unas gotas de hipoclorito de soda ó ácido fénico. Combatir los síntomas de resorpcion pútrida con agua vinosa, alcoholatura de acónito (2 á 4 gr.), descoccion de quina, inyecciones uterinas frecuentes.

*Si la placenta se encuentra como engarzada:* sostener perfectamente el fondo de la matriz con la mano izquierda, é introducir lenta, suave y pácientemente todos los dedos de la mano derecha en el útero para despejar la placenta.

*Contra la inercia uterina consecutiva:* si la placenta no se ha desprendido aun, centeno (2 gr. en 2 tomas, con 18 minutos de intervalo), fricciones hipogástricas, titilacion del cuello. Si la placenta se ha desprendido ya y hay hemorragia, dar centeno é introducir al mismo tiempo la mano en el útero para despegar la placenta. Si no hay éxito, tamponamiento vaginal, compresion del útero y de la aorta abdominal con la extremidad de los dedos durante varias horas.

644. **Estrecheces de la pélvis y vicios de conformacion.** — Medir la pélvis al exterior con el compas de Baudelocque

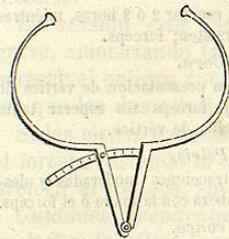


Fig. 387. — Compas de Baudelocque.

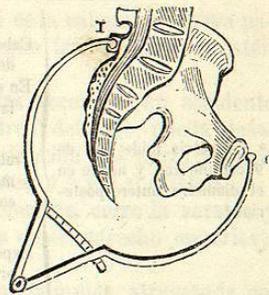


Fig. 388. — Aplicacion del compas de Baudelocque para medir el diámetro sacro-pubiano.

(fig. 387), aplicando uno de sus botones (fig. 388), sobre la

apófisis espinosa de la primera vértebra sacra I, y el otro en el vértice de la sínfisis del púbis O : apretar un poco las ramas y ver en la regla graduada el grado de separación; de 19 centímetros, dimension normal, restar el número indicado sobre la regla para obtener la dimension exacta de la pélvis viciada.

La distancia normal entre las dos espinas iliacas siendo de 24 centímetros, obrar del mismo modo para hallar el grado de estrechez transversal.

Servirse del dedo índice (figs. 389 y 390) en vez de los diversos instrumentos de Mme Boivin, Van Huevel, Stein, etc. Di-

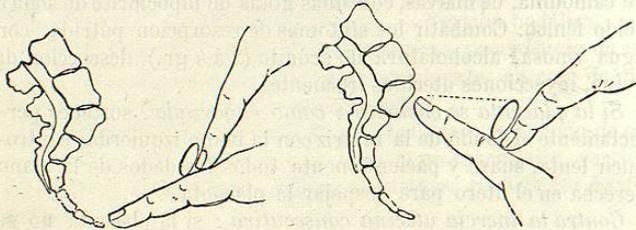


Fig. 389. — Aplicacion del dedo para medir el diámetro sacro-pubiano. Fig. 390. — Aplicacion del dedo para medir el diámetro coccygeo-pubiano.

rigir el dedo hácia el ángulo sacro-vertebral, marcar sobre este dedo (con el índice de la otra mano) el punto que toca á la sínfisis del púbis; rebajar un centímetro poco más ó ménos; de ese modo se obtiene el diámetro antero-posterior.

El mismo proceder se emplea para obtener el diámetro coccygeo-pubiano.

#### 645. Conducta del comadron en la estrechez.

	<i>Vértice.</i>
	Cabeza en el estrecho superior; esperar 5 á 6 horas despues de la dilatacion.
	En el estrecho inferior, esperar 2 ó 3 horas, mientras las contracciones persisten; forceps.
	<i>Cara.</i>
1.º La pélvis mide más de 9 centímetros y medio en el diámetro antero-posterior 4.....	Tratar de convertirla en presentacion de vértice (lo mas pronto posible); forceps sin esperar tanto como en la presentacion de vértice.
	<i>Pélvis.</i>
	Expectacion; luego tracciones moderadas y desprendimiento de la cabeza con la mano ó el forceps.
	<i>Tronco.</i>
	Version cefálica; version podálica. Version podálica en todos los casos (Lachapelle y Simpson).

1. La dimension normal del diámetro antero-posterior es de 11 centímetros término medio.

	Si el niño vive, esperar algunas horas despues de la dilatacion, luego forceps; 1 á 3 aplicaciones en 2 ó 3 horas; si no hay éxito, craneotomía ó cefalotripsia.
2.º De 9 1/2 á 8 centímetros.	Si el niño muere, cefalotripsia. De 7 meses y medio á 8 meses, parto prematuro artificial, sobre todo si precedentemente la mujer no ha podido parir espontáneamente, ó por el forceps.
	Esperar todo lo que se pueda de las contracciones sin comprometer el estado de la madre, luego craneotomía y cefalotripsia.
3.º Do 8 centímetros á 6 1/2.	Parto prematuro artificial de 7 á 8 meses; régimen poco nutritivo (Moreau).
Ménos de 6 1/2.....	Ensayar la aplicacion del cefalotribo. Cefalotripsia repetida sin tracciones, comenzando así que el orificio se encuentre dilatado. Si mide ménos de 5 centímetros, operacion cesárea. Aborto provocado, con la aprobacion de varios colegas.

#### 646. Version. — 1.º Cefálica; — 2.º pelviana, ó podálica.

*Version cefálica.* — Antes ó despues de rotas las membranas. — *Antes* : tratar por medio de maniobras externas de traer la cabeza hácia el estrecho superior (Wigaud, Master, etc). — *Despues* : introducir la mano de modo que la palma pueda asir el vértice.

Practicar esta version, 1.º en las presentaciones inclinadas de vértice (que pueden enderezarse solas); 2.º en las presentaciones de cara, para convertirlas en presentacion de vértice; 3.º en las presentaciones ne de tronco (?).

#### 647. Version pelviana ó podálica. — Es indispensable :

- 1.º Que el orificio esté dilatado ó sea dilatable.
- 2.º Que la parte fetal (sobre todo si es la cabeza), no haya pasado aun el orificio. — Es favorable que las membranas estén intactas.

La version *está indicada* todas las veces que un accidente grave, amenazando la vida de la madre ó del niño, pueda desparecer el peligro con la pronta terminacion del parto y siempre que las dos condiciones precedentes (1.º y 2.º) existan.

Si las circunstancias permiten la eleccion entre la version y el forceps (estando la cabeza encajada en el estrecho superior), preferir el forceps, sin excepcion.

*Cuidados preparatorios.* — Colocar la mujer atravesada en un lecho, la pélvis fuera del borde.

*Cuatro ayudantes.* — Vaciar la vejiga y el recto. — Reconocer la presentacion y la posicion.

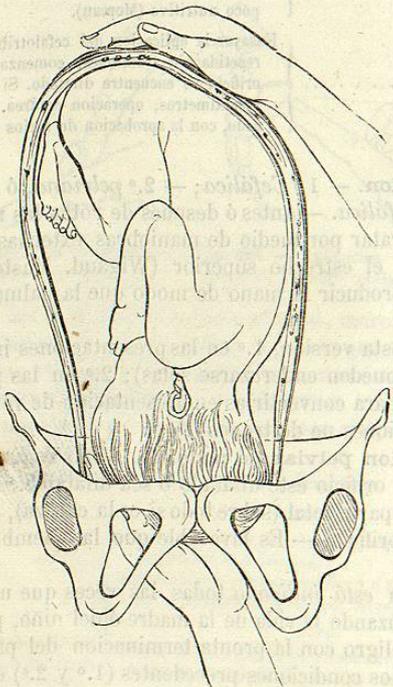
*Eleccion de la mano.* — Para las extremidades cefálica y pelviana servirse de la mano cuya palma mire hácia el plan ante-

rior del feto : para el hombro, la eleccion de la mano es ménos importante.

Remangar el brazo; untar de grasa la cara *dorsal* de la mano electa y todo el antebrazo. Colocar la otra mano ó la de un ayudante sobre el útero. Esperar á que cesen las contracciones.

Preparar de antemano todo como en el parto ordinario. Además lazos, tubo laríngeo, vinagre, pluma con barbas.

648. **Primer tiempo, ó tiempo de introduccion y de exámen** (*fig. 391*). — No hacerlo sino en el intervalo de los dolores. La

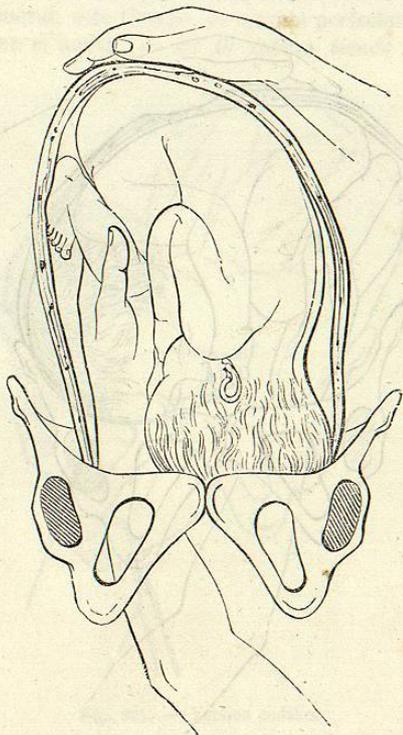


*Fig. 391.* — Primer tiempo de la version pelviana; introduccion de la mano.

mano debe tenerse y ponerse de plano durante las contracciones.

Introducir suavemente la mano en forma de cono en la vagina; en el orificio del útero si las membranas están intactas, despegarlas lo más alto posible sin romperlas, ó romperlas en la parte inferior y penetrar en el huevo. Entrar con suavidad en el orificio uterino sin andar tanteando (P. Dubois). — Seguir el

camino corto para alcanzar los piés (*fig. 392*), (suponiendo conocida la posicion). Asir sólidamente el pié (*fig. 393*) que se en-



*Fig. 392.* — Mano tratando de asir los piés en el fondo del útero.

cuentra (si se pueden asir los dos, tanto mejor; pero la version se hace á menudo bien con un pié).

**Complicaciones y dificultades del primer tiempo.** — 1.º *La posicion es desconocida.* — Introducir la mano derecha; si no conviene á la posicion del feto, retirarla y emplear la otra. — 2.º *Estrechez de la vulva.* Penetrar dedo á dedo. — 3.º *Brazo en la vagina* (en el hombro). No amputar á no ser que se vaya á proceder á la embriotomía: aun en este caso serviría el brazo para las tracciones. — Combatir la constriccion con sangría al principio, lavativas de opio, tártaro estibiado, cloroformo. Si es posible hacer la version, atar un lazo á la muñeca del feto

(fig. 394) para impedir que se levante en los lados de la cabeza, despues de haber verificado por la mano del feto qué hombro es el que se presenta y á veces la posicion. — Si la version es

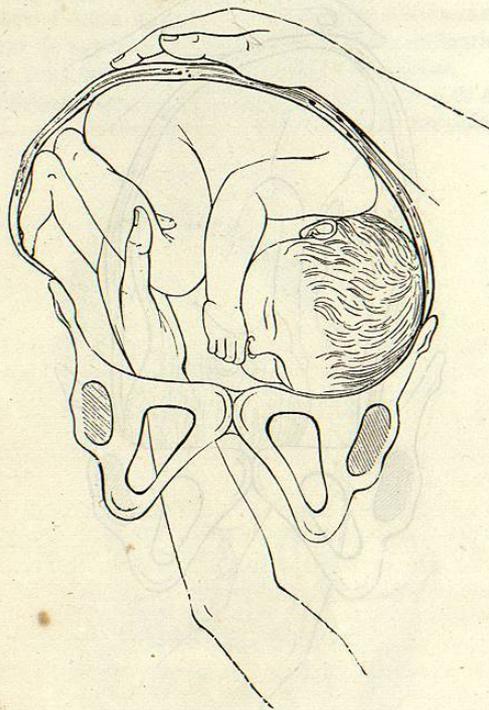


Fig. 393. — Segundo tiempo de la version, vuelta forzada del feto.

imposible, embriotomía. — Si la parte fetal impide la introduccion de la mano más arriba del orificio, rechazarla suavemente siguiendo la direccion hácia donde la arrastra el movimiento de evolucion. — Si no se encuentran los piés: tratar de seguir el plan lateral y posterior del niño. — Si aun esto fuese imposible, introducir la mano osadamente pero con precaucion hasta el fondo de la matriz, y una vez allí orientarse (P. Dubois).

649. Segundo tiempo, ó tiempo de evolucion, de mutacion ó de apelotonamiento. — Desplegar lentamente el miembro asido. Traer el pié hácia la vulva imprimiendo al feto un movimiento en el sentido de su flexion natural, de modo que se haga volver

la extremidad cefálica hácia el fondo del útero, y la espalda hácia una de las cavidades cotiloideas.

Dificultdes del 2.º tiempo. — Dependen de la retraccion del útero. En general, este tiempo se ejecuta perfectamente si hay aun líquido en el huevo. — Si la cabeza tiende á encajarse

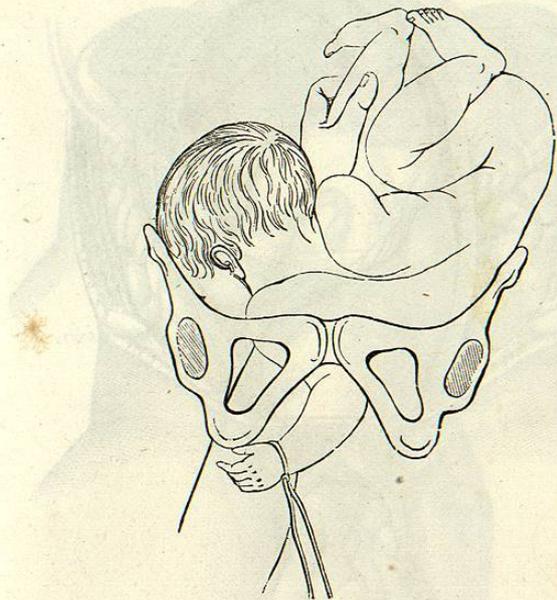


Fig. 394. — Version podálica.

junto con un pié ó los dos, aplicar un lazo en los piés y rechazar suavemente la cabeza con una mano, tirando al mismo tiempo lentamente hácia afuera.

650. Tercer tiempo ó tiempo de extraccion y de desencajamiento. — Ejecutarlo durante la contraccion, salvo caso de inercia ó de accidente urgente (hemorragia grave, etc.).

Envolver el ó los piés con un lienzo caliente; ejecutar tracciones y movimiento de lateralidad segun los ejes: primero hácia abajo (fig. 395). Asir con mano llena las partes: las manos del comadron deben colocarse cerca de la vulva, mientras la pélvis del feto no se haya desencajado. Proteger con las manos las articulaciones: no dejar de vigilar el cordón: si está tirante, atraerlo hácia afuera. No colocar las manos mas allá de las ca-

deras (fig. 396), no apoyar sobre el vientre : dejar que el resto del tronco se desprenda solo, si nada apura y las contracciones son suficientes. Si los brazos se desprenden solos, conten-

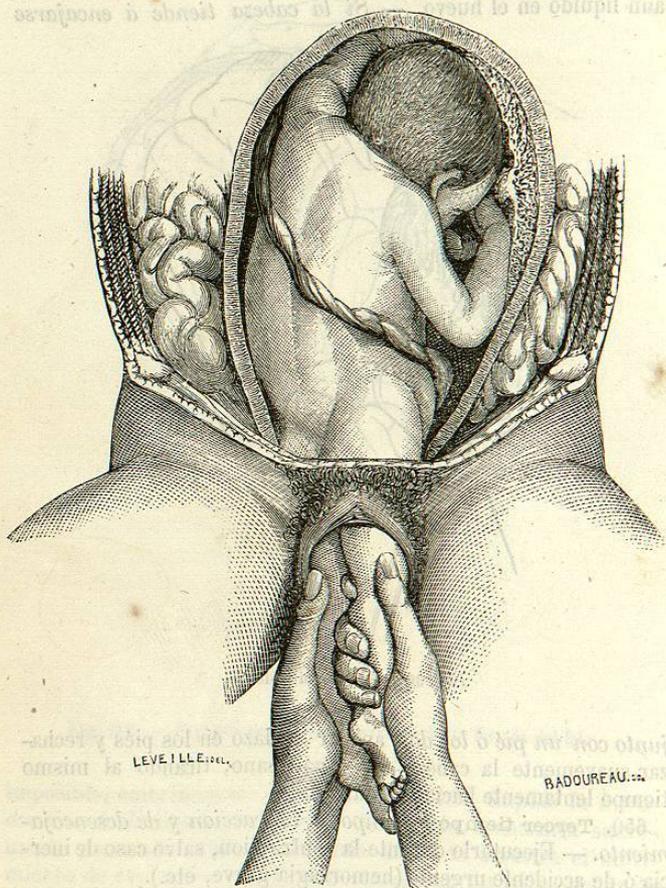


Fig. 395. — Desencajamiento de las extremidades inferiores.

tarse con levantar el tronco aconsejando á la mujer que puje para que la cabeza se desprenda. (Es menester suponer el occipucio bajo la sínfisis del pùbis, lo que constituye la regla.) (Pajot.)

*Dificultades del tercer tiempo.* — 1.º Si las tracciones moderadas no bastasen para concluir la version con un solo pié, aplicar un lazo sobre el pié asido y buscar el otro. — 2.º En la

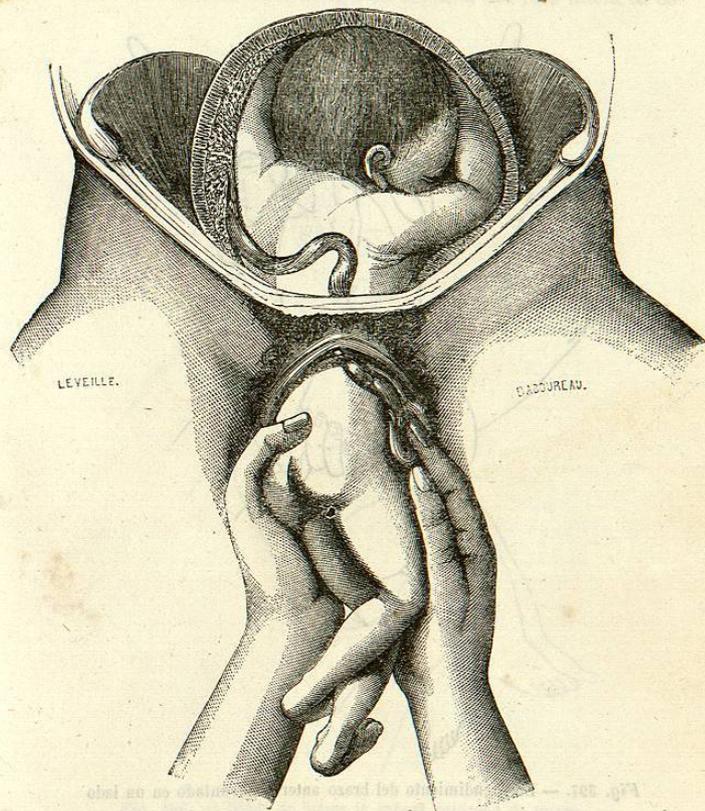


Fig. 396. — Desembarazamiento del cordon.

version por un pié, si el otro se coloca delante del tronco, poner un dedo en forma de gancho en la ingle (del niño), pero no tratar de desprenderlo (su volùmen favorece la salida de la cabeza). — 3.º Si la espalda mira hácia atras, movimiento ligero de espiral prolongada; buscar de qué lado tiene la espalda más tendencia á girar.

4.º *Enderezamiento de los brazos en los lados de la cabeza.*  
— Es preciso sacarlos : comenzar por el brazo posterior que es el más fácil; levantar el tronco diagonalmente por el brazo posterior; bajarlo, por el contrario, si se trata del brazo anterior;

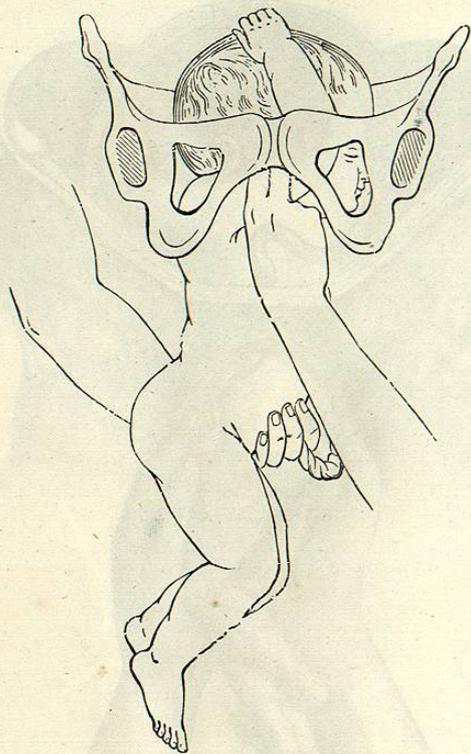


Fig. 397. — Desprendimiento del brazo anterior levantado en un lado de la cabeza.

luego el índice y el dedo medio de la mano mas cómoda son deslizados tan léjos como sea posible sobre la cara externa y anterior del brazo, colocando el pulgar en la axila, miéntras que la otra mano sostiene el tronco (fig. 397) : atraer siempre el miembro hácia la cara anterior del feto.

5.º *La cabeza no ha ejecutado su rotacion.* — Introducir el índice y el medio de la mano cuya palma abarque mejor el occi-

pucio, deslizándolos sobre la mejilla inferior del feto y de allí á la boca (fig. 398); colocar luego el occipucio detras del púbis.

6.º *El occipucio se encuentra en la concavidad del sacro.* — Si la cabeza está doblada, dirigir la espalda del feto hácia la es-



Fig. 398. — Modo de forzar la cabeza colocada de traves.

palda de la madre; si la cabeza no está doblada, volver el vientre del feto hácia el vientre de la madre. Si el desencajamiento es imposible, aplicar el forceps.

7.º *La cabeza se encuentra más ó ménos doblada en la excavacion ó en los estrechos.* — Ensayar el empuje del tronco suavemente, introducir luego dos dedos en la boca, y colocar otros dos dedos de la otra mano en forma de horquilla sobre la nuca (fig. 399) y volver el vientre del feto hácia el vientre de la

madre, aconsejando á esta que puje. Si el desprendimiento es imposible, aplicar el forceps ó la craneotomía, segun los casos.



Fig. 399. — Desencajamiento de la cabeza.

651. Forceps. — Varias especies: forceps ordinario, — forceps quebrado de Charrière, — leniceps de Mattei (fig. 400 y 401), — forceps asimétrico de Hamon (fig. 402).

Para la aplicacion es indispensable:

- 1.º Que el orificio esté dilatado y rotas las membranas;
  - 2.º Que la pélvis permita el paso del instrumento.
- Es favorable que la cabeza se encuentre fija en el estrecho

superior. *El forceps se aplica solamente en la cabeza.* (Pudiera aplicarse en la pélvis si el niño ha muerto.)

*Indicacion.* — Accidentes que amenazan la salud ó la vida de

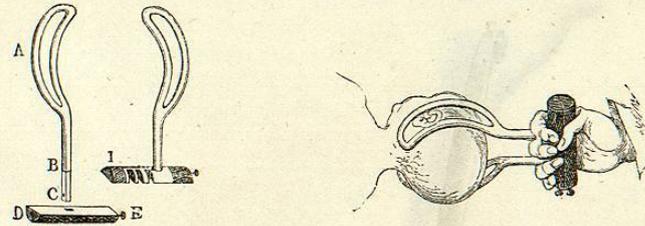


Fig. 400 y 401. — Leniceps de Mattei (\*).

la madre ó del niño durante el trabajo (inercia, hemorragia,

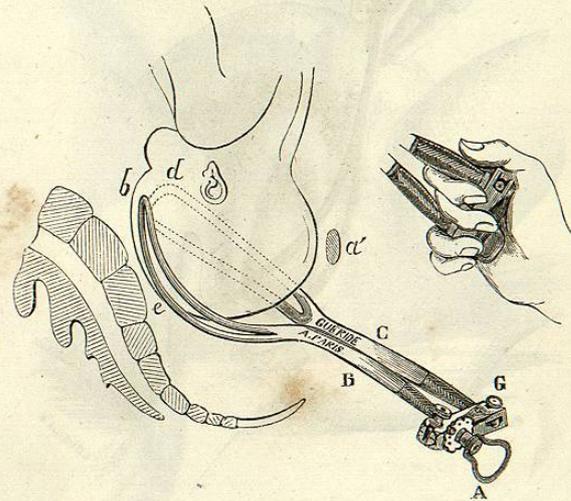


Fig. 402. — Forceps asimétrico de Hamon (\*\*).

eclampsia, procidencias, etc.), con tal de que se observen las condiciones indicadas (1.º y 2.º).

(\*) A, rama; B, tallo; C, eje que penetra en el mango transversal; DE, muescas en una rama transversal.

(\*\*) a, pubis; d, d, cucharas del fórceps; e, frente; A, anillo por medio del cual se hacen ejecutar movimientos de rotacion á la rama izquierda B; G, boton para acercar ó alejar la rama C.

Las aplicaciones de forceps se dividen en :

1.º Aplicaciones directas; — 2.º oblicuas.

652. Aplicaciones directas en la presentacion de vértice <sup>1</sup>.



Fig. 403. — Aplicacion del forceps, la cabeza en la vulva; el operador acaba de introducir el índice y el dedo medio de la mano derecha entre la cabeza y el conducto vulvo-uterino, y se dispone á introducir la rama izquierda del instrumento.

*Preparaciones.* — Comunes á todas las aplicaciones de forceps : posicion de la mujer como en la version; cuatro ayudan-

1. No se hace ninguna otra en el estrecho superior.

tes; cateterismo vesical; evacuar el vientre; reconocer la pre-

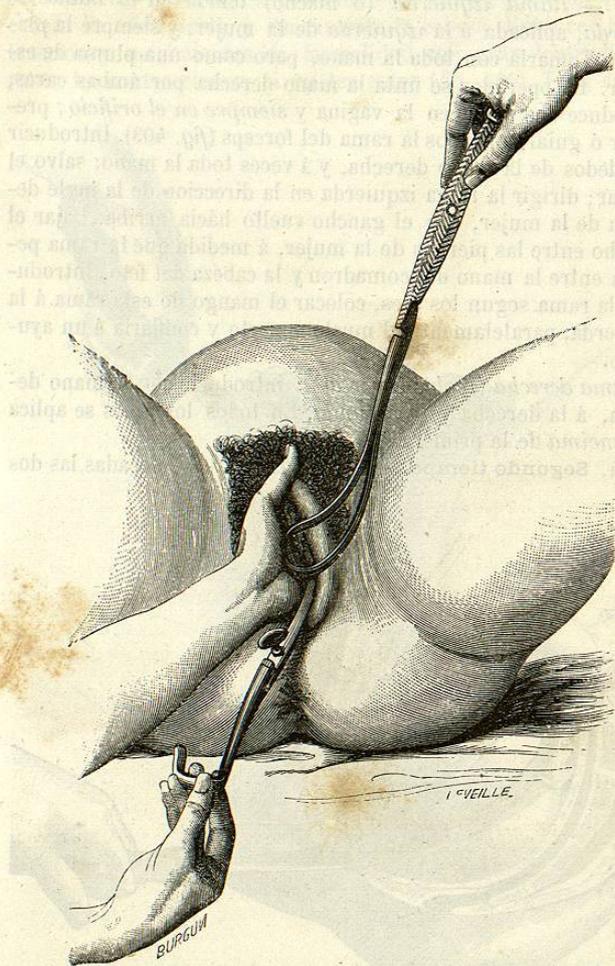


Fig. 404. — Aplicacion del forceps; la cabeza está en el estrecho superior. La rama izquierda colocada ya, está confiada á un ayudante. El operador acaba de introducir en las partes genitales toda su mano izquierda ménos el pulgar, y se dispone á introducir la rama derecha del instrumento.

sentacion y la posicion; calentar el instrumento en agua tibia y untar con grasa en su superficie externa.