

653. **Primer tiempo.** — Introduccion y colocacion de las ramas. — Rama izquierda (ó macho) tenida en la mano izquierda, aplicada á la izquierda de la mujer, y siempre la primera. Tomarla con toda la mano, pero como una pluma de escribir. El operador se unta la mano derecha por ámbas caras, introduce dos dedos en la vagina y siempre en el orificio; preceder ó guiar con ellos la rama del forceps (fig. 403). Introducir dos dedos de la mano derecha, y á veces toda la mano, salvo el pulgar; dirigir la rama izquierda en la direccion de la ingle derecha de la mujer, con el gancho vuelto hácia arriba. Bajar el gancho entre las piernas de la mujer, á medida que la rama penetra entre la mano del comadron y la cabeza del feto. Introducida la rama segun los ejes, colocar el mango de esta rama á la izquierda, paralelamente al muslo opuesto y confiarla á un ayudante.

Rama derecha (reglas inversas): introducir con la mano derecha, á la derecha y la segunda. En todos los casos se aplica por encima de la primera (fig. 404).

654. **Segundo tiempo.** — Articulacion. — Colocadas las dos

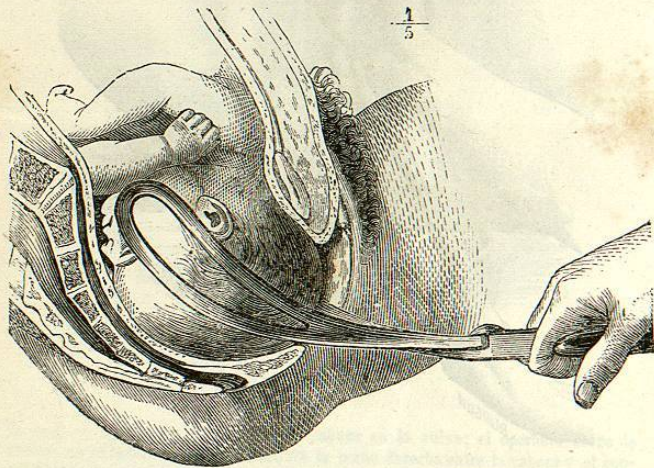
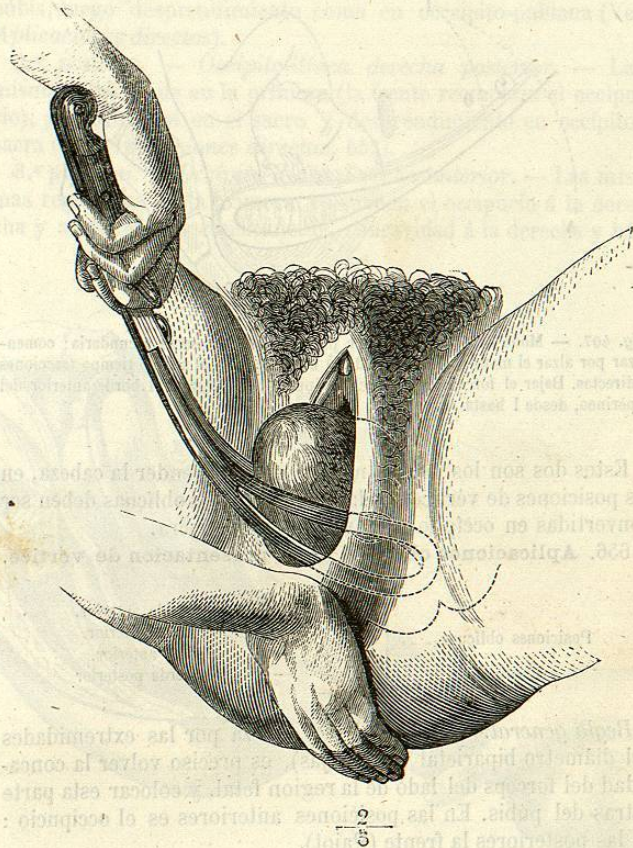


Fig. 405. — Segundo tiempo del forceps.

ramas en el mismo plano, se acercan y se articulan. Si se prevé que la extraccion ha de ser laboriosa, envolver los mangos del forceps en una servilleta.

655. **Tercer tiempo.** — Traccion y desprendimiento ó desencajamiento. — Asegurarse positivamente y ántes que todo que la cabeza ha sido asida, y únicamente la cabeza. Entónces hacer traccion y movimientos de lateralidad con gran lentitud durante las contracciones, si existen estas (fig. 405). Tirar con el



ROHWITZER. DEL.

Fig. 406 — Tercer tiempo; la izquierda sostiene el perineo.

brazo y no con el cuerpo. En este último caso sostener el perineo (fig. 406).

En las posiciones occipito-pubianas, tirar hácia abajo; luego,

así que el occipucio se haya desencajado, *levantar* el forceps hácia arriba (fig. 407).

En las *posiciones occipito-sacras*, tirar hácia *arriba*, despues, desencajado el orificio, *bajar el forceps* (fig. 408).

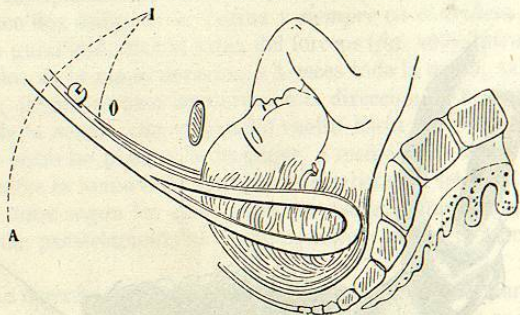


Fig. 407. — Modo de tirar en caso de posición occipito-sacra secundaria; comenzar por alzar el mango del forceps de O á I, haciendo al mismo tiempo tracciones directas. Bajar el forceps así que el occipucio haya pasado el borde anterior del perineo, desde I hasta A.

Estos dos son los únicos modos de desprender la cabeza, en las posiciones de vértice. Todas las posiciones oblicuas deben ser convertidas en occipito-pubiana ú occipito-sacra.

656. Aplicaciones oblicuas en la presentación de vértice.

Posiciones oblicuas.	1.º	Occipito-iliaca izquierda anterior.
	2.º	— derecha posterior.
	3.º	— derecha anterior.
	4.º	— izquierda posterior

Regla general. — Para asir la cabeza por las extremidades del diámetro biparietal (las orejas), es preciso volver la concavidad del forceps del lado de la region fetal, y colocar esta parte detras del púbis. En las posiciones anteriores es el occipucio : en las posteriores la frente (Pajot).

Primera posición. — *Occipito-iliaca izquierda anterior.* — La region fetal que debe ser colocada detras del púbis, es el occipucio, el cual se encuentra á la izquierda y hácia adelante ; por consiguiente, aplicar la rama izquierda detras de la cabeza del feto y la derecha delante. — *Rama izquierda, con la mano izquierda, á la izquierda y atras, la primera.* La rama izquierda se aplica en seguida en el lugar que ocupará definitiva-

mente. La rama derecha se aplica primero en el lado derecho de la pélvis, luego, con un movimiento de *spirale* (La Chappelle) colocarlo en su puesto definitivo. Las mismas precauciones en los tres tiempos que en las aplicaciones directas : articulación — tracciones — rotacion del occipucio detras del púbis, luego desprendimiento como en occipito-pubiana (Ver *Aplicaciones directas*).

2.ª posición. — *Occipito-iliaca derecha posterior.* — Las mismas reglas que en la primera (la frente reemplaza el occipucio), pero *rotacion* en el sacro y desprendimiento en occipito-sacra (Ver *Aplicaciones directas*, 652).

3.ª posición. — *Occipito-iliaca derecha anterior.* — Las mismas reglas que en la primera, colocando el occipucio á la derecha y adelante; por consiguiente, concavidad á la derecha y há-

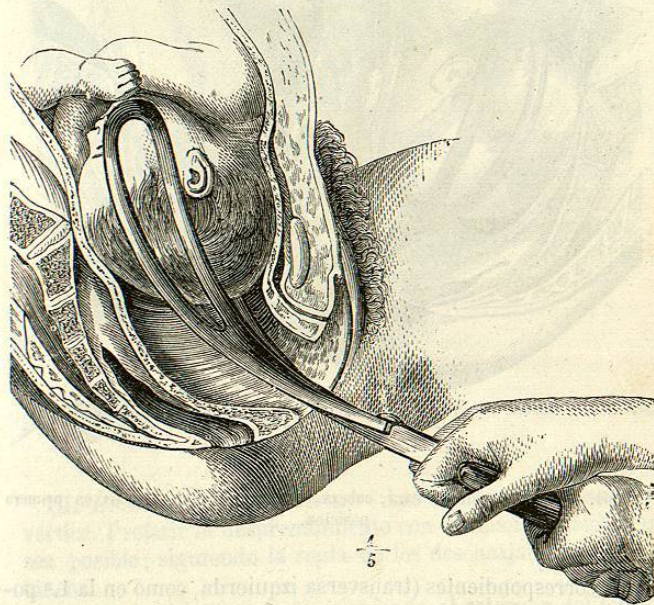


Fig. 408. — Primera posición del forceps.

cia adelante : *rama izquierda* delante de la cabeza del feto, y rama derecha detras (articular el instrumento para cerciorarse de ello). — Desprendimiento en occipito-pubiana.

4.^a posición. — *Occipito-iliaca izquierda posterior.* — Las mismas reglas que en la tercera (la frente reemplaza el occipucio). Desprendimiento en occipito-sacra.

Se ha propuesto aun en las posiciones anteriores el tratar de traer el occipucio hácia adelante en las 2.^a y 4.^a posición (Smellie Danyau).

I. *Posiciones transversales.* — Como en las ocasiones ante-

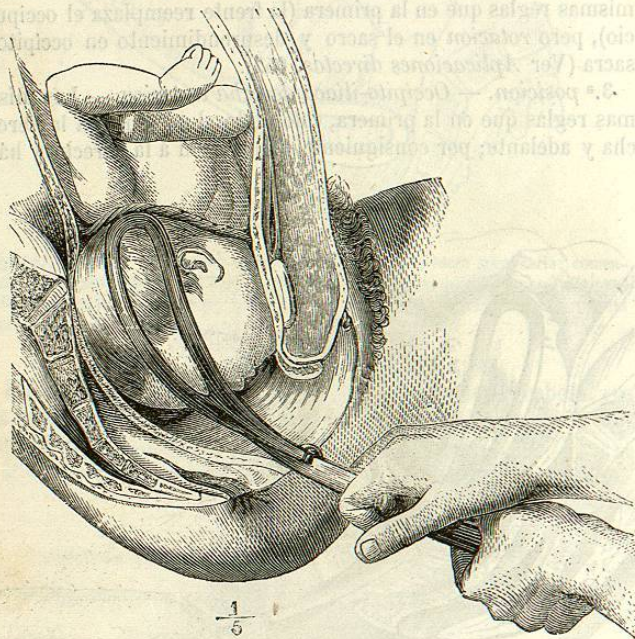


Fig. 409. — Presentación de cara; cabeza en la excavación, forceps en primera posición.

riores correspondientes (transversa izquierda, como en la 1.^a posición — transversa derecha como en la 3.^a).

II. *Presentación de la cara.* — En las posiciones anteriores, las mismas reglas que en las de vértice, con la condición de que el menton corresponda á uno de los puntos de la mitad anterior de la pélvis: el menton reemplaza el occipucio. — Aplicar el forceps en los lados de la cabeza, según su diámetro oblicuo, bastante hácia atrás (fig. 409) para que la cabeza se encuentre

suficientemente abrazada, y ejecutar las tracciones según las reglas (fig. 410).

En las posiciones posteriores, tratar de doblar la cabeza (irracional), ó hacer dos aplicaciones de forceps para colocar el menton hácia adelante.

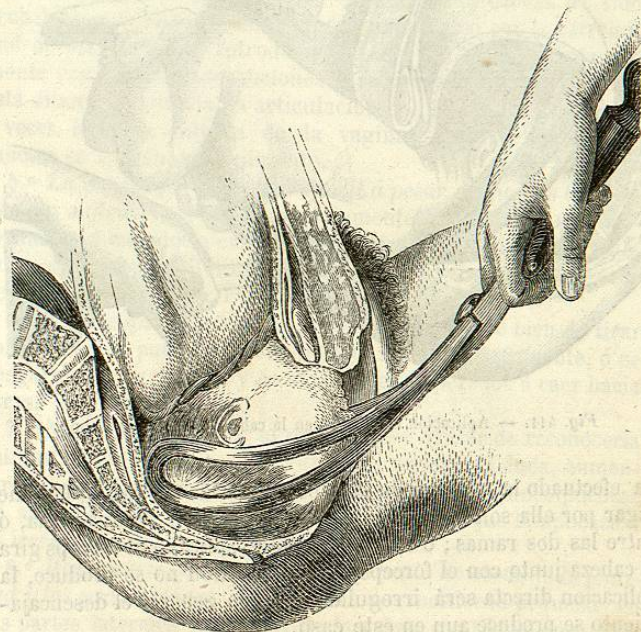


Fig. 410. — Presentación de cara; cabeza en la vulva, forceps en la tercera posición.

III. *El tronco hácia afuera.* — Las mismas reglas que en el vértice. Preferir el desprendimiento con las manos, siempre que sea posible; siguiendo la regla de los desencajamientos espontáneos.

Introducir el instrumento, siguiendo el esternon del feto, levantado el tronco en las posiciones occipito-pubianas (fig. 411), bajado en las mento-pubianas. Dirigir la curva del borde superior del forceps, hácia el punto que ha de colocarse bajo la sínfisis del púbis. Desprender la cabeza con un movimiento de flexión teniendo por centro la nuca, unas veces debajo del púbis, otras veces delante del perineo (Hatin).

657. **Complicaciones y dificultades del forceps.** — 1.º *Cuando la posición es desconocida.* Aplicación directa. (Si aun no se

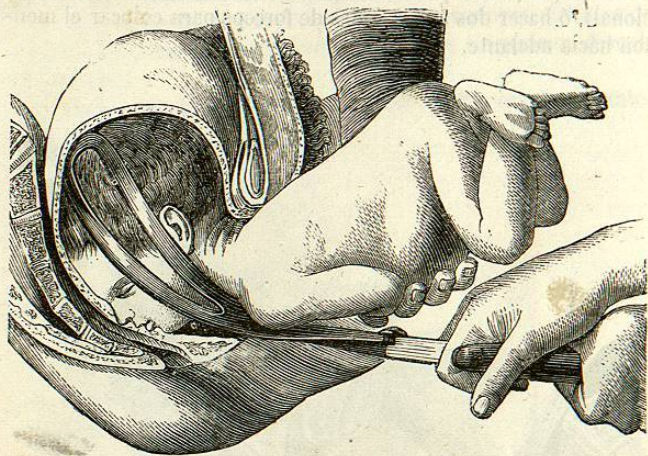


Fig. 411. — Aplicación de forceps en la cabeza, saliendo la última.

ha efectuado la rotación de la cabeza, sucede á veces que tiene lugar por ella sola despues de la introduccion de una rama, ó entre las dos ramas; ó bien despues de aplicado el forceps gira la cabeza junto con el forceps). Si la rotación no se produce, la aplicación directa será irregular, pero en general el desencajamiento se produce aun en este caso.

2.º *No se puede aplicar la segunda rama.* En este caso retirar la primera y comenzar por la otra. — En las aplicaciones oblicuas hay siempre dificultad para colocar una rama más que para la otra: la anterior (la derecha en las 1.ª y 2.ª posiciones; la izquierda en las 3.ª y 4.ª) es siempre la más difícil. Comenzar por ella, pero para articular es preciso descruzar los mangos.

3.º *La extremidad anterior de una de las cucharas tropieza contra un obstáculo.* Retirar un poco la rama y dirigirla mejor, sin forzar jamás.

Nota. Este tiempo no permite nunca el empleo de la fuerza; debe introducirse por decirlo así por su propio peso, guiada solo por la mano: se encuentra bien colocada cuando, si se emplea suavemente, se siente que puede penetrar aun con facilidad más profundamente.

4.º *No se puede articular el forceps:* A. Porque el eje y la

mortaja no se encuentran en el mismo plano; — torcer suavemente las ramas hasta colocarlas en presencia.

B. Porque una rama es más profunda que la otra; — retirar la más profunda, hacer penetrar un tanto más; tantear.

C. Porque las ramas están demasiado separadas una de otra y no se las puede aproximar: — entónces la cabeza ha sido probablemente asida de una manera irregular ó por la extremidad de las cucharas. Introducir las dos ramas más profundamente con grandes precauciones y *segun los ejes*. Si la cabeza está altamente situada, la articulación del forceps debe penetrar á veces hasta la entrada de la vagina; entónces el eje y la muesca se aproximan fácilmente.

5.º *La cabeza permanece inmóvil á pesar de que las tracciones son suficientes.* (Obsérvase solamente en las pélvis mal conformadas ó cuando la cabeza del feto es muy voluminosa.) Renunciar al forceps. Retirar el instrumento y comenzar al cabo de algunas horas (Ver *Estrechez de la pélvis*).

6.º *El forceps abandona la presa.* — Guardarse bien de tirar con el cuerpo, pues ó el instrumento saldría bruscamente, ó se desgarrarian las partes, y se expondría el operador á caer hácia atras.

7.º *No se está seguro de la posición.* — Tratar de reconocerla así que llegue la cabeza á la vulva. Si persiste la duda, aumentar la lentitud para desencajar. Si hay contracciones puede ser en algunos casos retirar el forceps. Si se ve que la aplicación es irregular, observar la misma conducta.

8.º *Hay amenazas de ruptura perineal, no obstante la lentitud y las precauciones.* — Practicar dos incisiones pequeñas en las partes laterales inferiores de la vulva, con tijeras pepueñas. (No acudir á esta práctica sino en raros y determinados casos.)

9.º *La extremidad del forceps está aun en la vulva y la cabeza desencajada.* — Desarticular y tirar las ramas, una despues de la otra, segun los ejes.

10. *Desprendida la cabeza, no hay contracción; el niño sufre.* — Hacer que la madre puje, buscar las axilas y sin desprender los brazos, ejecutar la rotación de los hombros y extraer el tronco tirando hácia abajo con lentitud (Pajot).

658. **Presentación de la cara.** — *El tronco hácia afuera.* Ver *Aplicaciones oblicuas* (656).

658 bis. **Presentación de nalgas.** — Cuando en esta presentación hay detención del trabajo, por inercia de la matriz ó cualquiera otra causa, terminar el parto artificialmente: — 1.º *Si las nalgas están en el estrecho superior,* introducir en la matriz la mano derecha si la posición es *sacro-iliaca derecha,* y

la mano izquierda si la posicion es sacro-iliaca izquierda, asir un pié y obrar como en las versiones ordinarias (fig. 412).

2.º Si las nalgas están ya en la vagina, como la introduccion de la mano es casi siempre imposible, servirse de un gancho semi-circular que termine una de las ramas del forceps. Colocar la parturienta transversalmente en su cama; calentar y untar el instrumento y hacerlo penetrar de plano entre la pared anterior de la pélvis de la madre y la cadera correspondiente del

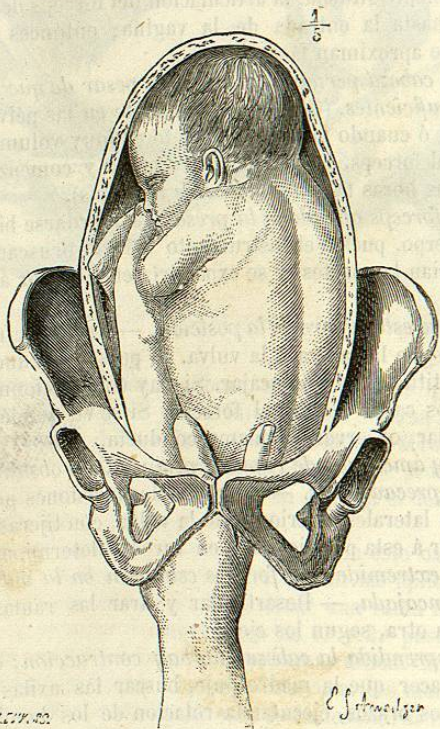


Fig. 412. — Tracciones en el pliegue de la ingle con el dedo en forma de gancho.

feto, guiándose con la otra mano. Si el gancho ha ido mas arriba de la ingle del niño, imprimirle un movimiento de rotacion de un cuarto de círculo de modo que se coloque perpendicularmente al muslo, el cual es asido al retirarse el instrumento.

Introducir el dedo entre los miembros inferiores del niño para asegurarse de que el borde del gancho ha pasado el borde interno del muslo y no se apoya sobre la ingle. Asido el muslo (fig. 413) tirar gradualmente y terminar el parto (Bailly).

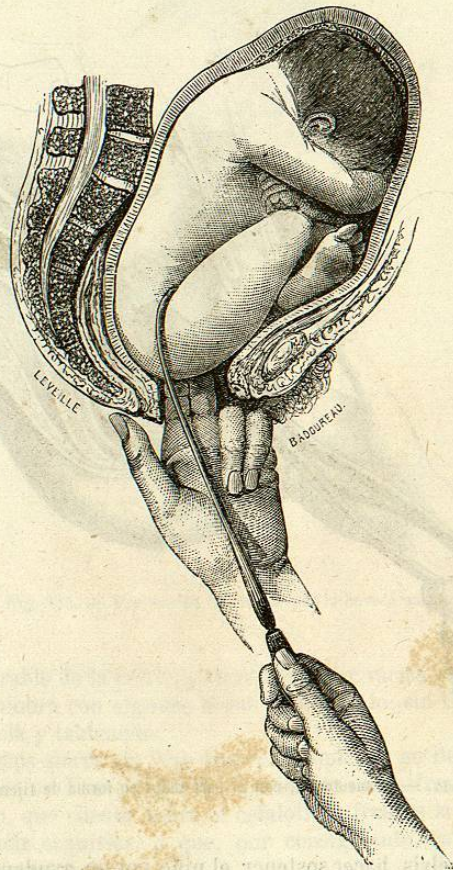


Fig. 413. — Tracciones en la ingle con el gancho.

659. Craneotomía. La misma posicion que en las otras operaciones. Introducir en el útero la mano izquierda, ménos el pulgar, é ir hasta el occipucio con el perforador, las tijeras de Smellie ó el trépano de Blot. No buscar ni sutura, ni fontane-

las; aplicar la punta del instrumento en el cráneo, bajar fuertemente el mango y hacer penetrar el instrumento provocando la salida de sangre negra y de materia cerebral (*fig. 414*). Agrandar la abertura y retirar el instrumento con precaución.

Si ha salido el cuerpo del útero y permanece la cabeza enca-

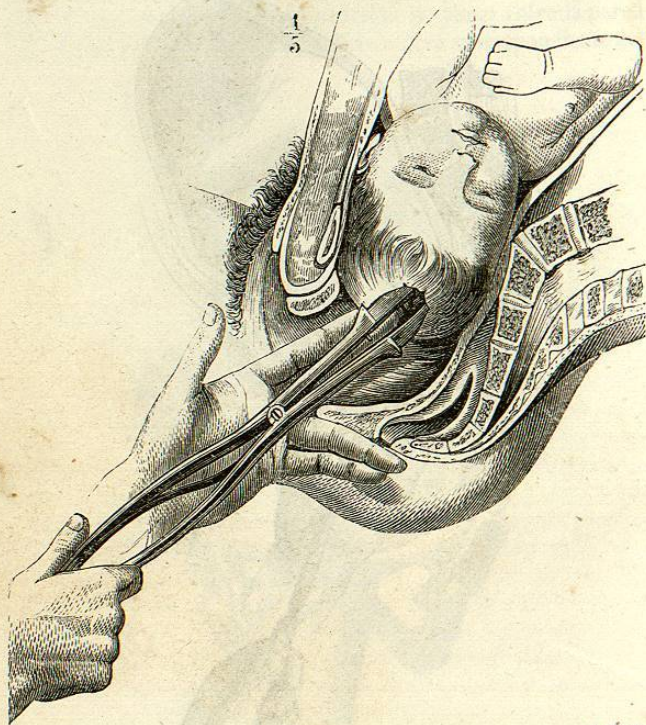


Fig. 414. — Craniotomía, con el perforador en forma de tijeras.

jada en la pelvis, hacer sostener el niño por un ayudante, introducir dos dedos de la mano izquierda en la boca del niño y penetrar con las tijeras en la bóveda palatina (*fig. 415*).

660. **Cefalotripsia.** — Las mismas posiciones: un ayudante sostendrá el útero fuertemente. Aplicar el cefalotribo (*fig. 416*) como el forceps en la cabeza, pero siempre directamente. Asida la cabeza entre las dos ramas del instrumento, se hace andar

hasta que los picos de las cucharas se encuentren. Después de haber aplastado la cabeza, imprimir un movimiento de rotación, para colocar la parte más reducida de la cabeza en el sentido

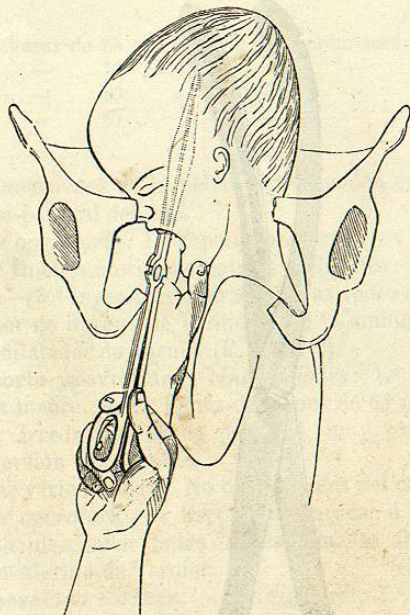


Fig. 415. — Perforación de cráneo por la bóveda palatina.

más favorable de la pelvis, y tirar, ó repetir varias veces (Pajot) esta maniobra con algunas horas de intervalo, sin tirar. Obrar con cautela y tanteando.

El forceps-sierra de Van-Huevel, empleado en Bélgica y recomendado en Francia por E. Verrier, es un instrumento muy ingenioso, que cuenta sobre el cefalotribo francés la ventaja de no producir esquirlas, y que, por consiguiente, causa ménos daño á la madre.

En las presentaciones de tronco, en vez de perforar el cráneo por la bóveda palatina, se puede hacer el destroncamiento con las tijeras de Dubois (mal proceder), ó con un cordel de látigo pasado alrededor del tronco del niño, por medio de un gancho liso ordinario, cuya convexidad presenta una ranura, por la cual pasa el hilo, y cuya punta presenta una gran bala de plomo

en forma de gorra y á la cual se fija uno de los extremos de la cuerda (Pajot).

661. Parto prematuro artificial. — *Indicaciones*: 1.º Estre-

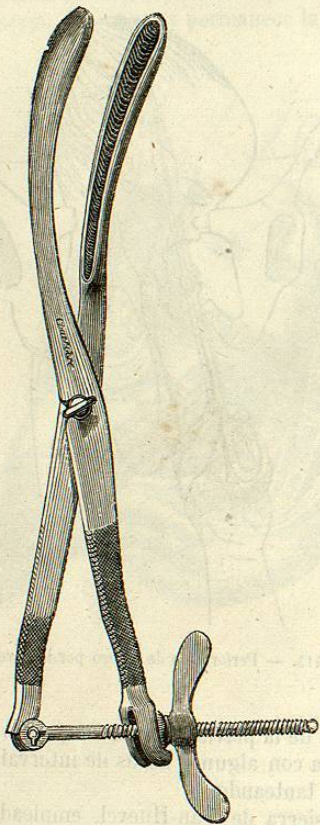


Fig. 416. — Cefalotribo de Penard (*).

chez de la pélvis de ménos de 65 milímetros; — 2.º Tumores irreductibles ó inoperables; — 3.º Hemorragias; — 4.º Vómitos incoercibles, á ménos que el niño no esté muerto; — 5.º Eclampsia (con el consentimiento de un colega); — 6.º Uremia (idem);

(*) La cigüeña de Baudelocque ha sido reemplazada por un gran tornillo que se articula con la rama izquierda del instrumento. Este tornillo está colocado en ángulo recto con la rama derecha.

— 7.º Muerte del feto ántes de término en otros embarazos; — 8.º Hidropesia del amnios; — 9.º Enfermedades diversas del corazon, anasarca, etc.

Reunir en consulta varios colegas ántes de practicar la operacion.

En las estrecheces de 65 milímetros; parto prematuro á los 7 meses.					
—	—	70	—	—	— 7 1/2 —
—	—	80	—	—	— 8 —
—	—	85	—	—	— 8 1/2 —

Estas dimensiones de la pélvis corresponden exactamente al diámetro bi-parietal del feto.

Proceder operatorio: 1.º Esponja preparada (es el medio mejor). — 2.º Duchas uterinas (algunos accidentes: no hacer más de 8 ó 10). — 3.º Inyecciones intra-uterinas (poco empleadas). — 4.º Dilatador de Barnes, de Tarnier. — 5.º Combinar las duchas (seis) y el dilatador de Tarnier (E. Verrier).

662. Aborto provocado. — *Indicaciones*: 1.º Peligro inminente de la madre. — 2.º Pélvis de ménos de 65 milímetros. — 3.º Tumor irreductible de la pélvis ó muy considerable. — 4.º Retroversion irreductible.

Consultar varios colegas. No operar ántes del cuarto mes.

Proceder operatorio. — Esponja preparada; á veces *lamina-ria digitata*; desconfiar de las drogas llamadas abortivas. Dilatador intra-uterino de Tarnier.

663. Operacion cesárea. — *Indicaciones*: 1.º Estrechez inferior á 3 ó 4 centímetros si se trata de las mujeres de Paris (?), 7 centímetros si se trata de una campesina; — 2.º Trabajo declarado y cuello ligeramente dilatado; — 3.º Integridad de las membranas ó ruptura reciente; — 4.º Utero no fatigado por tentativas de extraccion; — 5.º La parte que se presenta está poco ó nada enclavada en la excavacion.

Operacion: 6 ayudantes para sujetar la mujer, dormirla, servir al cirujano, enjugar los tejidos, fijar la matriz con las dos manos, empujar los intestinos hácia arriba, y mantener los labios de la herida en contacto con el órgano, aplicando las dos manos sobre la línea media y sus bordes radiales tan cerca como sea posible de la línea que seguirá la incision (*fig. 417*). Evacuar ántes la vejiga y el recto, — precaucion indispensable.

Narcotizada la mujer, practicar en la línea blanca una incision de 15 centímetros; cortar la pared abdominal capa por capa, hasta el peritoneo; cortar el peritoneo sobre el dedo índice izquierdo introducido como conductor en su cavidad; divi-

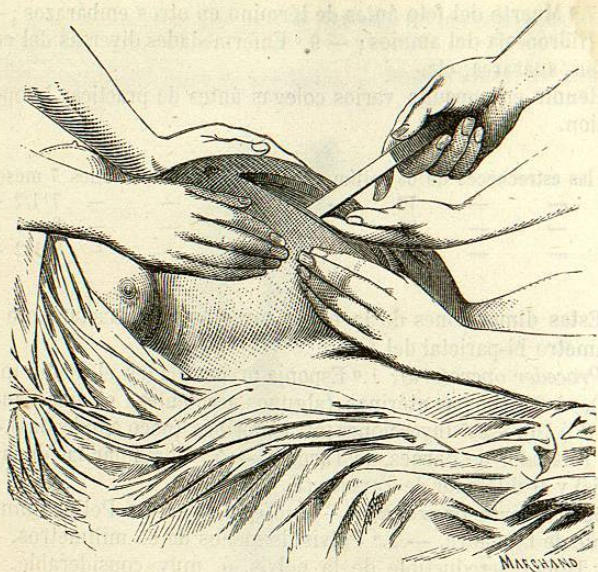


Fig. 417. — Operación cesárea; modo de practicar la incisión del peritoneo.

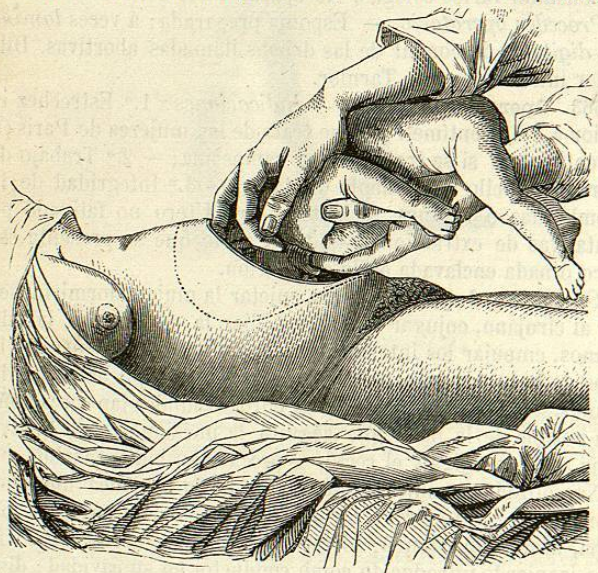


Fig. 418. — Operación cesárea; modo de extraer el feto.

dir el útero lentamente y con precaución; si se presenta la placenta despegarla, romper las membranas y extraer el feto (fig. 418), tomándolo por la parte que se presenta en la abertura; cortar el cordón. — Sacar la placenta por la abertura, sin derramar sangre en el peritoneo.

Cura: Limpiar la herida: no hacer suturas en el útero, el cual se contrae espontáneamente; unas cuantas suturas enclavadas ó suturas metálicas en la herida abdominal; bandeletas aglutinantes, lienzo con cerato, hilas y vendaje de cuerpo. — A veces untar los labios de la herida con colodion elástico. Renovar la cura al cabo de 4 ó 5 días: quitar las suturas á los 10 ó 12 días. Usar cintura hipogástrica para impedir la salida de las vísceras.

FIN.